UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE DROIT

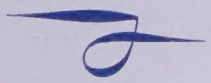
LE RÉGIME FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES SUISSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT,

présentée et soutenue

le 7 Décembre 1946 à 14 heures

par M. JEAN-PIERRE KUHN



Membres du Jury :

Président : M. le Professeur AMIAUD

Suffrageants : M. le Professeur ESMEIN

M. le Professeur PICARD

UNIVERSITÉ DE PARIS - FACULTÉ DE DROIT

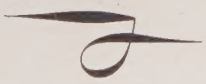
LE RÉGIME FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES SUISSES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT,

présentée et soutenue

le 7 Décembre 1946 à 14 heures

par M. JEAN-PIERRE KUHN



Membres du Jury :

Président : M. le Professeur AMIAUD

Suffrageants : M. le Professeur ESMEIN

M. le Professeur PICARD

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A Monsieur le Conseiller National

John Rochaix

En bien respectueux hommage

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550026_0025

Avis

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Introduction

„Tout frère qui devient invalide ou tombe malade doit recevoir trois pfennigs et demi par jour s'il en a besoin; mais si le Seigneur lui rend la santé et lui permet de reprendre son travail, il devra restituer les trois pfennigs et demi. Si son état se prolonge et si ses besoins sont plus grands, on lui prêtera sur gage; s'il meurt, on se payera sur ce qu'il laissera".

Cette disposition est extraite des premiers statuts de la „fraternité des célibataires hommes" de Lucerne, fondée en 1560.

. . . „il devra restituer les trois pfennigs et demi . . ." . . . „s'il meurt, on se payera sur ce qu'il laissera", ces deux prescriptions indiquent assez le chemin qui sépare la conception ancienne de l'assistance, de la conception moderne de l'assurance. Les „sodalen", membres de la fraternité des célibataires hommes de Lucerne s'entr' aidaient certes, mais les secours que la communauté octroyait au compagnon frappé par le sort ne constituaient nullement un **droit** pour le bénéficiaire. Il s'agissait d'un simple prêt puisque le remboursement devait avoir lieu, dans tous les cas, soit que, convalescent, le bénéficiaire put y procéder lui-même, soit que ses biens servissent, en cas de suites fatales, à dédommager la communauté.

Une longue évolution s'est déroulée depuis lors: elle fut marquée par le passage de la notion de „Responsabilité pour faute" à celle du „Risque professionnel" au cours du XIX^{ème} siècle. La responsabilité de l'employeur se trouvait désormais engagée du seul fait qu'il y avait relation de cause à effet entre l'exploitation et le dommage et sans qu'il fut nécessaire de prouver qu'il y avait eu faute de l'exploitant. Mais il apparut à l'expérience que le salarié restait tributaire du chef d'entreprise parce qu'il était mal placé pour faire respecter les droits qu'il venait d'acquérir. La résistance de nombreux patrons, les craintes des salariés qui redoutaient de perdre leur place, réduisaient le plus souvent à des proportions dérisoires „l'indemnisation" de la victime d'une maladie ou d'un accident professionnel.

Un pas décisif fut franchi avec la naissance de **l'Assurance sociale.** Le salarié, désormais, n'était plus dans l'obligation de lutter pour que soient reconnus ses droits les plus légitimes. L'indemnisation devenait un droit incontestable dont les pouvoirs publics organisaient la protection.

A mesure que des unités économiques de grandes dimensions absorbent davantage la masse des travailleurs, l'Assurance sociale apparait plus nécessaire.

Pour que soient préservées l'indépendance et la dignité de chaque homme, il faut, avant tout, qu'il échappe à la dégradation du besoin et de la misère.

C'est la très belle mission de ceux qui créent et mettent en œuvre l'Assurance sociale que d'aider leurs semblables à supporter - la tête haute - les épreuves de la vie.

L'Étude du Régime Fédéral des Assurances sociales Suisses ne peut manquer de présenter un grand intérêt pour un Français.

Il n'est jamais indifférent de connaître les institutions sociales d'un pays voisin; dans le cas de la Suisse, l'intérêt se mêle de beaucoup d'affection et d'une égale estime.

L'admiration et la reconnaissance que l'on éprouve en France pour la voisine qui sut, avec tant de tact, être une amie sincère, nous donnent le désir de découvrir le secret de la concorde qui unit ces hommes de langues différentes, de la solidarité qui lie ces patrons et ces ouvriers dans une ferveur commune pour leur Patrie Suisse.

PLAN GÉNÉRAL

Nous étudierons en une PREMIÈRE PARTIE :

La Législation Fédérale Suisse sur l'Assurance en cas de Maladie (y compris l'Assurance des accouchées et l'Assurance-tuberculose)

et sur l'Assurance en cas d'Accidents.

en une DEUXIÈME PARTIE :

L'Assurance - Chômage et
l'Assurance - Militaire

en une TROISIÈME PARTIE :

L'Assurance Vieillesse et Survivants.

Nous n'envisagerons pas les assurances cantonales.

PLAN DE LA PREMIÈRE PARTIE

LA LÉGISLATION FÉDÉRALE SUISSE SUR L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE ET D'ACCIDENTS

TITRE I^er

L'ASSURANCE MALADIE

TITRE II^ème

L'ASSURANCE ACCIDENTS

TITRE I^er

L'ASSURANCE MALADIE

Nous étudierons dans ce Titre :

EN UNE SECTION PREMIÈRE :

L'ASSURANCE MALADIE

stricto sensu

EN UNE SECTION DEUXIÈME :

L'ASSURANCE DES ACCOUCHÉES

EN UNE SECTION TROISIÈME :

L'ASSURANCE TUBERCULOSE

PREMIÈRE PARTIE

LA LÉGISLATION FÉDÉRALE SUISSE SUR L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE ET D'ACCIDENTS

Nous consacrerons deux Titres à la Législation Fédérale sur l'Assurance en cas de Maladie et d'Accidents.

La loi fondamentale dans ce domaine est la Loi Fédérale du 13 Juin 1911.

Les articles 1 à 40 inclus régissent l'assurance en cas de maladie et constituent le Titre 1er de la Loi.

Le Titre IIème (art. 41 à 122) fixe les règles applicables en matière d'Assurance-accidents.

Les dispositions du Titre IIIème ont trait à l'organisation générale et aux mesures transitoires rendues nécessaires par la Loi nouvelle. Elles font l'objet des derniers articles de la Loi du 13 Juin 1911 (articles 123 à 131).

Préambule : Principes dont se sont inspirés les législateurs de 1911 en ce qui concerne l'assurance-maladie

Le 20 mai 1900, le peuple suisse rejetait, par 341.714 voix contre 148.035, le projet de loi FORRER adopté par les deux Conseils et créant l'Assurance-Maladie et Accidents obligatoires. La raison de l'échec du projet était l'opposition d'une majorité de citoyens et de toutes les caisses maladie (qui craignaient d'être étouffées par des caisses publiques).

Les rédacteurs de la Loi de 1911 se sont conformés au verdict des citoyens helvétiques : la Loi nouvelle, pour laquelle ils ont obtenu l'approbation du peuple, renonce à cette contrainte que la Nation Suisse a repoussée.

„Ce n'est pas sans regret que, partisans de l'obligation, nous nous décidons à l'abandonner ici. Mais il est du devoir des Autorités, dans un pays démocratique comme la Suisse, de s'incliner devant la volonté populaire ; d'autant plus qu'à persister dans un système repoussé par le peuple, on ferait œuvre absolument vaine.

Or, on a, de toute part, reconnu que le rejet de la loi de 1899 a été dû, en majeure partie, au fait que cette Loi consacrait l'assurance obligatoire".

Le Message Fédéral qui, en guise de présentation de la Loi, fait cette constatation, s'empresse d'indiquer la voie dans laquelle s'engagent les Gouvernants.

„En favorisant l'**assurance volontaire**, on se rapproche davantage du but poursuivi par la Constitution, -qui consiste en la diffusion de l'assurance-, qu'en s'obstinant à demeurer sur un terrain actuellement impraticable."

L'attitude des Autorités Fédérales apparaît nettement dans ces phrases. C'est pour une raison d'opportunité qu'elles abandonnent **momentanément** le principe de l'obligation. Elles ne renient rien des raisons qui les avaient amenées à préconiser cette solution. Elles constatent simplement que l'esprit public n'est pas, à ce moment, (le vote négatif est de 1900 - le message ci-dessus, de 1906) disposé à entrer aussi loin dans la voie des réformes. Elles en tirent la conclusion logique et s'adaptent avec souplesse et intelligence à cette situation.

Le Conseil Fédéral s'emploie à justifier ensuite l'orientation nouvelle qu'il croit conforme aux aspirations du pays.

Il poursuit :

„ La nouvelle statistique des sociétés de secours mutuels montre que ces caisses comptaient déjà, à fin 1903, 435.000 personnes assurées contre les maladies, soit 13 membres pour 100 habitants, alors que notre message de janvier 1896 estimait le nombre des assurés à 260.000 au maximum ".

Il en tire cette conclusion qui éclaire tout le système adopté :

„ Cette augmentation considérable contribue à justifier le fait de donner pour base à la nouvelle législation l'**ENCOURAGEMENT DE L'ASSURANCE VOLONTAIRE.** En admettant que les trois quarts des 435.000 mutualistes actuels travaillent pour le compte d'autrui, on trouve, en effet, que **54** % des 600.000 personnes que la Loi de 1899 soumettait à l'assurance sont déjà assurées. Grâce au **SUBSIDE FÉDÉRAL,** les caisses pourront sensiblement abaisser les contributions de leurs membres ou, pour les mêmes contributions, augmenter leurs prestations ". Il s'agit donc d'une Assurance **VOLONTAIRE,** au développement de laquelle le Gouvernement Fédéral va être appelé à contribuer par l'octroi de **subsides.**

Le principe étant ainsi dégagé, nous pouvons étudier maintenant

SECTION Ière

les dispositions de la **LOI du 13 Juin 1911 dans le domaine** de l'**ASSURANCE-MALADIE. stricto sensu.**

Nous le ferons, envisageant tour à tour :

— le rôle des pouvoirs publics dans l'organisation de l'assurance-maladie.

— l'organisation des caisses d'assurances.

— la situation des assurés.

— enfin, les modes de solution des litiges,

§ Ier - ROLE DES POUVOIRS PUBLICS DANS L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE-MALADIE.

A) ROLE DE LA CONFÉDÉRATION

Le 26 octobre 1890, par 283.228 voix contre 92.200, le scrutin populaire sanctionnait le vote des deux conseils introduisant dans la Constitution fédérale un **article 34 bis** dont voici le texte :

„ La Confédération introduira, par voie législative, l'assurance en cas d'accident et **de maladie,** en tenant compte des caisses de secours existantes.

Elle peut déclarer la participation à ces assurances obligatoire en général **ou** pour certaines catégories de citoyens."

Nous avons dit qu'une tentative du Conseil Fédéral d'introduire par la voie législative l'assurance maladie obligatoire en général s'était heurtée à l'opposition d'une forte majorité de la population et, qu'en conséquence, la Loi de 1911 ne persévérait pas dans cette voie.

Quel allait donc être le rôle de la Confédération dans l'organisation de l'assurance-maladie ?

L'Article 1er de la Loi du 13 Juin 1911 nous l'apprend :

„ La Confédération **encourage** l'Assurance en cas de maladie en accordant, conformément à la présente Loi, des **subsides** aux caisses d'assurance en cas de maladie ".

Nous verrons plus loin à quelles conditions est soumise l'attribution de subsides fédéraux. Ce qu'il convient de noter dès l'abord, c'est le caractère de Loi „ de **subvention** " que présente le texte adopté, le droit à la subvention fédérale résultant d'une **„ Reconnaissance "** prononcée par le Conseil Fédéral (1). Le Conseil Fédéral dispose donc d'un pouvoir d'appréciation pour l'attribution de la subvention et ainsi se manifeste ce qui constitue un véritable **droit de regard** sur l'organisation des caisses d'assurance-maladie.

En résumé, le rôle de la Confédération apparaît dans cette formule :

— Attribution de subventions aux Caisses **reconnues** par le Conseil Fédéral.

1) RECONNAISSANCE FÉDÉRALE

Les caisses d'assurances existantes ne sont pas tenues de demander la reconnaissance. Il s'agit d'une simple faculté, créant des droits et des devoirs.

— **Droits** aux prestations assurées par la Confédération aux caisses reconnues,

— **Devoir** de conformer les statuts des caisses reconnues aux principes énoncés par la loi du 13 Juin 1911 (Titre 1er),

Nous étudierons ci-dessous, en examinant l'organisation des caisses reconnues, les obligations créées par la Reconnaissance du Conseil Fédéral.

Fin de la Reconnaissance

En cas de violation des règles fixées par la Loi, le Conseil Fédéral peut „ d'office ou sur plainte et après sommation restée sans

(1) Le Conseil Fédéral a délégué à l'Office Fédéral des Assurances sociales son pouvoir de reconnaître les caisses (ordonnance sur l'assurance-maladie du 7 Juillet 1913).

effet, frapper la caisse d'une amende de cent francs au maximum ".

En cas de contravention persistante et après sommation restée sans effet, le Conseil Fédéral peut prononcer le retrait de la reconnaissance. Le retrait **doit** être prononcé contre toute caisse qui n'offre plus à ses membres la **sécurité** nécessaire et qui ne prend pas pour le rétablissement de son équilibre financier les mesures exigées par le Conseil Fédéral (art. 33). Une nouvelle reconnaissance ne peut avoir lieu avant 2 ans au plus tôt (art. 34). Par ailleurs, Il est loisible aux Caisses qui le désirent de renoncer à la reconnaissance à elles accordée.

Une condition de **forme** : la renonciation doit être communiquée par **écrit** au Conseil Fédéral.

Un **délai** : la renonciation déploie ses effets trois mois après cette communication.

Même règle que ci-dessus, destinée, ici, à éviter une renonciation intempestive : une nouvelle reconnaissance, en cas de renonciation comme en cas de retrait, ne peut avoir lieu avant deux ans au plus tôt.

2) SUBSIDES FÉDÉRAUX

Supposons remplies les conditions mises par la Loi à la Reconnaissance d'une caisse-maladie. A quels subsides cette caisse pourra-t-elle prétendre ?

Les subsides sont accordés, **par assuré et par année entière**, en fonction de l'âge des assurés, de leur sexe, des prestations que leur fournit l'assurance, de la durée de ces prestations, des difficultés rencontrées pour l'octroi des soins.

1) 3 frs, 50 pour les enfants jusqu'à 14 ans (compris)

2) 3 frs, 50 pour les assurés du sexe masculin, adultes,
   4 frs pour les assurés du sexe féminin, adultes.

Si la caisse assure les soins médicaux et pharmaceutiques **ou** une indemnité journalière de chômage d'au moins un franc [1] ;

3) 5 francs si la caisse assure à la fois les soins médicaux et pharmaceutiques **et** une indemnité journalière de chômage d'au moins 1 franc ;

4) Une majoration de 0 fr, 50 en sus des sommes indiquées ci-dessus est allouée pour les membres auxquels la caisse assure les

(1) C. a. d. d'au moins un franc pour 180 jours compris dans une période de 360 jours consécutifs

prestations en cas de maladie, durant au moins 360 journées dans une période de 540 jours consécutifs.

[(1) à (4), art. 35)]

5) La Loi se préoccupe également de la situation faite aux caisses d'assurance par la nature accidentée de la Confédération Helvétique :

C'est ainsi que l'art. 37 prévoit „dans les contrées montagneuses où les communications sont difficiles et la population clairsemée", l'octroi d'un subside supplémentaire de 7 frs au maximum par assuré et par année entière.

A côté de ces subsides accordés aux caisses reconnues, elles-mêmes, la Confédération verse également aux cantons, dans ces contrées, (pour eux-mêmes ou pour leurs communes) des subsides en faveur des institutions qui visent à diminuer les frais de traitement (2). (art. 37).

De plus, nous verrons ci-dessous que les cantons et les communes peuvent déclarer obligatoire l'assurance en cas de maladie, en général ou pour certaines catégories de personnes.

Dans ce cas, l'article 38 prévoit que la Confédération accordera des subsides, si ces cantons ou communes prennent à leur charge tout ou partie des contributions d'assurés indigents.

Limites dans lesquelles sont accordées les subventions fédérales.-

L'article 35 fixe des limites aux subventions fédérales ; „le total des subsides payés pour une année à une caisse en vertu de l'article 35 ne peut excéder de plus de la moitié la somme des contributions des assurés et les dons volontaires portés au compte d'exploitation". Le subside fédéral est versé à la caisse à laquelle l'assuré appartient le plus longtemps, s'il est membre de plus d'une caisse, et le Conseil Fédéral est libre, si bon lui semble, de refuser l'octroi de subsides fédéraux pour les assurés résidant à l'étranger. Dans les régions montagneuses où — nous l'avons indiqué — la Confédération verse aux cantons, pour eux-mêmes ou pour leurs communes, des subsides en faveur des institutions visant à diminuer les frais de traitement, deux limites sont fixées à ces subsides en vertu de l'art. 37 (in fine) :

---

(2) Ces subventions sont également versées pour frais de traitement des accouchées puisque — comme il est indiqué ci-dessous, la loi assimile l'accouchement à une maladie et fournit même des garanties supplémentaires.—

— ils ne doivent pas dépasser le total des sommes fournies par les communes, les cantons ou les tiers.

— ils ne doivent pas représenter une somme globale annuelle supérieure à la multiplication du chiffre de la population par une somme forfaitaire de 3 frs.

Enfin, une **limite** est fixée en ce qui concerne les subsides accordés par la Confédération aux cantons ou communes ayant déclaré obligatoire l'assurance en cas de maladie, en général ou pour certaines catégories de personnes, s'ils prennent à leur charge tout ou partie des contributions d'assurés indigents: ces subventions ne doivent pas excéder le tiers des dépenses dans ce domaine des cantons et communes. —

En résumé, on peut dire que l'intervention de la Confédération dans l'organisation et le fonctionnement de l'assurance-maladie est considérable. Elle habilite les caisses à remplir leur rôle, elle alloue des subventions aux caisses reconnues par elle (1) et, par ce double processus de la reconnaissance et de l'attribution d'une aide financière, elle est en mesure d'imprimer à l'assurance-maladie une orientation conforme à l'intérêt commun.

B) ROLE DES CANTONS ET COMMUNES

L'action de la Confédération n'est pas l'unique manifestation de l'intérêt que portent les pouvoirs publics à l'assurance en cas de maladie. Outre l'attribution de subsides, les cantons et communes ont d'autres moyens de s'occuper de l'Assurance-Maladie.

En vertu de l'article 2 de la Loi de 1911, une **véritable délégation des pouvoirs** que l'article 34 bis de la Constitution Fédérale attribue à la Confédération, est consentie aux cantons (qui peuvent eux-mêmes les céder aux communes). Ils peuvent en effet:

1) „Déclarer obligatoire l'assurance en cas de maladie, en général ou pour certaines catégories de personnes".

Ainsi reparaît cette notion **d'obligation** que les Autorités Fédérales ont renoncé à imposer momentanément mais qu'elles croient sage de mettre à la disposition des cantons et communes, plus près des intérêts locaux, et donc plus aptes à discerner dans quel cadre

(1) La Confédération a, en considération de la hausse du coût de la vie, décidé d'augmenter les subsides prévus à l'article 35 alinéa 1er. En vertu de l'Arrêté fédéral du 28 juin 1946, ces subsides sont majorés de 2 frs pour les enfants et 2 frs 50 pour les femmes inscrites à l'assurance des soins médico-pharmaceutiques. Cette augmentation est prévue seulement pour les exercices 1946 et 1947 mais on indique, à l'O. F. A, S. qu'il „faut admettre que cette augmentation sera maintenue après la période de validité de l'arrêté".

et à quel moment l'obligation peut être introduite avec fruit. La Confédération se ménage d'ailleurs un pouvoir de contrôle sur les décisions des cantons ou des communes.

L'article 2 (in fine) prescrit en effet que les dispositions prises par les cantons ou les communes en vertu de cette délégation sont soumises à l'approbation du Conseil Fédéral.

La délégation n'allait pas de soi et, en l'absence de cette disposition de la Loi, les cantons et communes n'auraient pas eu le moyen de légiférer en cette matière — hormis le cas signalé par la Suisse Economique & Sociale, Tome 1er où:

le décret des Autorités locales ne s'appliquant qu'à des personnes remplissant certaines conditions, par exemple des fonctionnaires, ou personnel d'un établissement public, „il n'est pas considéré comme une émanation de la délégation de compétence de la Confédération mais comme l'expression d'un droit primaire."

Les **limites** qui s'imposent aux cantons et communes dans la création d'une obligation sont de divers ordres.

Il est évident tout d'abord — en application du principe juridique que l'on ne saurait céder davantage de droits que l'on n'en détient soi-même — que les cantons et communes qui mettent en jeu les facultés à eux déléguées par la Confédération doivent rester dans le cadre fixé par la Constitution Fédérale: l'article 34 bis prescrit à la Confédération „de tenir compte des caisses de secours existantes". Or, le même article 2 qui autorise les cantons ou communes à établir l'obligation, les habilite également à créer des **caisses publiques.** Si les cantons ou communes usent de cette prérogative, ne risque-t-on pas de voir s'établir un privilège susceptible de mettre en péril l'existence même des autres caisses?

Les Autorités Fédérales l'ont craint et elles ont expressément décidé que la loi cantonale ou le règlement déclarant l'assurance-maladie obligatoire doivent autoriser les intéressés à s'assurer auprès des caisses privées reconnues comme auprès des caisses publiques. Et il est même fait obligation à la caisse publique d'obtenir la reconnaissance fédérale tout comme une caisse privée désirant bénéficier des subsides fédéraux.

L'assujettissement de certaines catégories d'assurés aux seules caisses publiques serait donc sans valeur (il convient d'excepter le cas où — comme dans le canton de St-Gall — les personnes en séjour étaient tenues de s'affilier à la Caisse Publique de la ville si elles n'étaient déjà assurées. Cette disposition cantonale était **antérieure** à la loi de 1911 et ne se trouvait donc pas atteinte par les principes nouveaux).

La reconnaissance est, par conséquent, une condition suffisante pour qu'une caisse puisse pratiquer l'assurance obligatoire. Elle est aussi une condition nécessaire: les assurances privées non reconnues ne sont jamais mises au service de l'assurance obligatoire.

En résumé, l'assurance obligatoire est confiée exclusivement à des caisses reconnues, celles-ci pouvant être **publiques,** c'est-à-dire résultant d'une création des autorités cantonales ou communales, ou **privées,** c'est-à-dire résultant d'une initiative privée.

Les cantons et communes — pour préserver les caisses existantes comme la loi leur en fait une obligation — doivent tenir compte également de certaines données de fait:

s'ils sont habilités à déterminer les modalités de l'assurance obligatoire — voire même à rendre obligatoire l'affiliation à une caisse reconnue, ils sont tenus de ne pas créer d'obligations trop lourdes pour les caisses existantes. La Suisse Économique et Sociale indique „qu'un canton ne pourrait pas introduire l'assurance obligatoire des soins médicaux et pharmaceutiques si la majorité des caisses reconnues sur son territoire n'étaient pas en mesure d'en assurer l'application et s'il était contraire à l'**équité** de leur imposer" (Tome I, p. 652).

2. „Créer des caisses publiques en tenant compte des caisses de secours existantes".

La création d'une caisse publique n'implique pas nécessairement l'obligation: il peut fort bien y avoir création d'une caisse publique dans le but d'encourager l'assurance volontaire. Mais, la création d'une caisse publique servira aussi à permettre effectivement aux assujettis du fait de la loi de faire partie d'une caisse: il serait en effet absurde qu'un canton déclare l'assurance obligatoire alors qu'aucun moyen pratique n'existerait sur son territoire pour que les personnes visées par la Loi puissent respecter l'ordre qui leur serait donné.

Au point de vue formel, la création de la Caisse publique résultera d'un décret du canton (ou de la commune).

L'administration — ou même une simple surveillance — de la caisse publique — sera exercée par les Autorités cantonales ou communales. Les Autorités sont libres de favoriser la caisse qu'elles créent en lui accordant certaines subventions supplémentaires. Elles peuvent même, si elles le jugent bon, garantir les engagements pris par elle et, de ce fait, assurer la protection du canton ou de la commune aux opérations et transactions effectuées par la caisse publique. (La commune ne pouvant le faire qu'avec l'autorisation

expresse du canton, donnée dans la loi cantonale). „ En tenant compte des caisses de secours existantes " n'est donc pas synonyme de „ en assurant aux caisses publiques et privées une égalité de traitement ".

En ce sens, on peut dire que les Autorités cantonales ou communales peuvent — sans se rendre coupables d'aucune illégalité — constituer en faveur de la caisse publique qu'elles créent — un véritable privilège.

3. **„ Obliger les employeurs à veiller au paiement des contributions de leurs employés obligatoirement assurés à des caisses publiques — sans toutefois astreindre les employeurs eux-mêmes à des contributions ".**

Il n'est pas nécessaire de développer cette prescription qui apparaît suffisamment explicite. Si l'on n'a pas voulu astreindre les employeurs eux-mêmes au paiement des contributions de leur personnel, la raison en est que l'on a cru devoir redouter les conséquences économiques d'une telle mesure.

Elle risquerait en effet — l'assurance obligatoire n'étant pas en vigueur dans toute la Suisse — de créer des inégalités entre les diverses entreprises et de favoriser celles dont les frais généraux n'auraient pas à supporter la charge du paiement des cotisations.

2ème — ORGANISATION DES CAISSES D'ASSURANCE

Ce qui suit ne concerne pas les caisses privées qui ne sollicitent pas la reconnaissance fédérale, La Loi de 1911 — respectueuse de la liberté individuelle n'intervient pas dans l'organisation interne d'entreprises privées qui ne se sont pas elles-mêmes soumises à son contrôle en demandant d'être admises au bénéfice des dispositions nouvelles.

Nous n'envisageons donc ici que le cas des caisses d'assurance reconnues — qu'elles soient publiques ou privées.

Pour obtenir cette reconnaissance de la Confédération, la Loi de 1911 fait aux caisses-maladie l'obligation de satisfaire à certaines règles qu'elle fixe, tout en leur laissant entière latitude de s'organiser à leur gré, „ en tant que la loi ne contient pas de disposition contraire ".

Une condition de **situation** tout d'abord : la Confédération n'accorde la reconnaissance qu'aux seules caisses dont le siège est en Suisse.

Une condition visant la **protection des nationaux** : la caisse d'assurance ne peut accorder de traitement privilégié à des ressortissants étrangers : elle ne peut traiter les citoyens suisses moins favorablement que les autres assurés.

Suivent deux conditions qui eussent, semble-t-il, plus utilement figuré en exergue — ou dans l'article 1er de la Loi puisqu'il s'agit de Principes Généraux indiquant l'esprit même de la Loi:

Les caisses maladie sont tenues de pratiquer l'assurance en cas de maladie d'après les principes de la **Mutualité.**

Elles doivent offrir toute **sécurité** quant à l'exécution de leurs engagements.

LE PRINCIPE DE LA MUTUALITÉ implique qu'est seul pris en considération l'intérêt des assurés, c'est-à-dire des personnes régulièrement affiliées à la Caisse dans les conditions prévues par les Statuts.

La Suisse Économique & Sociale (1) définit exactement le point de vue des Autorités Fédérales en ce qui concerne la relation entre les contributions des membres et les prestations de la caisse:

„Les caisses peuvent, soit réclamer une contribution fixe pour une prestation donnée, soit graduer la contribution suivant l'âge de l'assuré à son affiliation.

En revanche, le principe de la Mutualité exige qu'à des prestations différentes correspondent des contributions différentes, abstraction faite de l'âge d'entrée. Aussi, l'Office Fédéral des Assurances Sociales s'oppose-t-il, en sa qualité d'autorité de surveillance, à ce que les primes pour l'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques soient calculées d'après les salaires, **le montant de ces frais étant indépendant de celui des salaires.** Dans la pratique, on forme souvent des classes qui correspondent aux différentes prestations et qui, en vertu des statuts, doivent se suffire à elles-mêmes Une prescription de ce genre est admissible quand les classes sont assez larges pour pouvoir constituer des caisses indépendantes. Si, conformément aux statuts, chaque classe couvre un ensemble de risques déterminé, il n'est pas nécessaire que le rapport entre le taux de la prime afférante à cette classe et celui des primes des autres classes soit exactement conforme au rapport entre les prestations; le taux de la prime peut être plus ou moins élevé suivant le risque de maladie afférent à la classe. Il en est autrement lorsque les classes ne forment pas des unités indépendantes au point de vue des risques et constituent seulement des portions d'un même ensemble de risques. Dans ce cas, abstraction faite de la graduation d'après l'âge d'entrée, les primes à acquitter par les membres assurés pour des prestations différentes doivent être fixées par rapport à ces prestations".

(1) Tome I, page 652.

Ainsi apparaît, nettement définie dans un ouvrage dû à l'initiative du Département Fédéral de l'Économie Publique, reflétant par conséquent avec exactitude les conceptions des Autorités Fédérales, la notion de la mutualité que le législateur de 1911 entend donner comme „ moteur "à l'œuvre qu'il crée.

SÉCURITÉ

Quelles conditions la caisse doit-elle, par ailleurs, remplir pour „ offrir **toute sécurité** quant à l'exécution de ses engagements " ?

Les Autorités conçoivent de manière large ces conditions de sécurité. Le législateur a pour but d'encourager l'assurance-maladie, il ne peut songer à imposer aux caisses une règlementation financière qui constitue en fait une entrave à son développement.

Aussi bien, la conformité des statuts de la caisse aux prescriptions de la Loi n'est-elle pas à elle seule déjà un gage de sécurité? D'autre part, il convient de ne pas oublier que la Confédération donne des appuis qui ne sont point négligeables aux caisses d'assurance reconnues, en dehors des subventions que nous avons déjà signalées.

C'est ainsi que les caisses qui „ sont de plein droit personnes morales " (art. 29 al. 1er) sont exemptes **d'impôts** (art. 31) sauf „ en ce qui touche leur fortune immobilière non directement affectée au service de l'assurance ". Les **actes** directement destinés au service des caisses sont exempts de tous droits (art. 31 in fine).

Toutes ces mesures constituent des allègements considérables aux charges de la caisse: elles contribuent à assainir sa situation financière.

L'Office Fédéral des Assurances Sociales n'impose pas aux caisses maladie l'établissement de bilans techniqnes: il exige simplement, suivant en cela le vieil art. 364 du Code Impérial allemand des assurances (1), que les caisses constituent une **réserve** égale à la moyenne de leurs dépenses annuelles La caisse doit être à tout moment — c'est là une condition évidente de la Sécurité — en mesure d'allouer à ses membres les prestations qui leur sont dûes. Ces prestations sont fonction de la morbidité. Or, les ressources de la Caisse provenant pour une grande part des contributions des assurés, il faut que ces dernières soient elles-mêmes proportionnées aux prestations que la caisse distribue.

Il fandra donc établir (de manière approximative bien entendu) une **courbe des risques de maladie** qui permette de prévoir les

(1) L'article 364 du Code des Assurances du Reich demande que la caisse constitue un fonds de réserve „ s'élevant au moins à la moyenne annuelle des dépenses des trois dernières années „ —

charges probables de la caisse. Et, en considération des charges probables, on fixera ensuite les contributions des assurés.

Ce travail est de longue haleine et le calcul des probabilités apparaît d'autant plus sujet à caution qu'il est fait dans le cadre d'une caisse de plus petite dimension. On estime qu'une caisse ne devrait pas compter moins de 100 membres (ce chiffre étant une extrême limite): au-dessous de cette limite inférieure, les probabilités n'ont plus guère de valeur. Pourtant, la Confédération a accordé la reconnaissance à certaines caisses comptant moins de 100 membres: elle a estimé qu'il était préférable de permettre à toutes les caisses existantes, même les plus petites, de continuer leur tâche — quitte, dans l'avenir, à décourager éventuellement la création de nouvelles caisses considérées comme étant de dimensions trop restreintes (1). La nécessité de soutenir l'assurance-maladie par tous les moyens a poussé les autorités à ne pas se laisser obnubiler par les inconvénients que nous venons de signaler.

Le Législateur a veillé avec d'autant plus de soins à une stricte administration de la **comptabilité** des caisses. L'art. 32 dispose: "Les caisses doivent, une fois par an, arrêter leurs comptes conformément aux instructions données par le Conseil Fédéral et les **soumettre** à cette autorité. Le Conseil Fédéral peut exiger le redressement des comptes incorrects".

Des garanties sont prises quant à **l'emploi des fonds:** ceux-ci doivent être placés en titres présentant toute sécurité (obligations de la Confédération, des Cantons ou d'Établissements financiers de premier ordre — hypothèques de premier rang). Il n'est jamais fait exception à cette règle au-delà de 20 % de la fortune totale de la Caisse: si la situation financière de la Caisse est bonne, elle peut, dans la limite de 20 %, employer ses fonds en les plaçant en prêts — actions ou parts de sociétés coopératives.

L'article 28 dispose pour sa part que „les caisses ne peuvent affecter leurs ressources qu'à **des buts d'assurance**":

— Cela est vrai au cours de l'**existence** entière de la caisse: elle peut soutenir des œuvres ayant un but similaire au sien: elle ne saurait valablement se servir de ses ressources pour des tâches qui n'auraient pas de rapport direct avec l'assurance.

— cela est exact même **après la dissolution** de la caisse d'assurance, l'actif restant après apurement des comptes doit être remployé pour des buts d'assurance.

(1) L'Office des Assurances Sociales n'accorde plus la reconnaissance à des caisses comptant moins de 100 membres. Il leur conseille de fusionner avec des caisses plus grandes ou de s'affilier, comme Sections locales à des caisses dont la circonscription comprend un ou plusieurs cantons, ou la Suisse entière. (Renseignement fourni par l'O. F. A. S.)

Ces buts d'assurance qui sont impérativement fixés aux caisses-maladie reconnues doivent-ils être entendus dans un sens large ou dans un sens restrictif? Il est évident que le but principal de la caisse d'assurance maladie doit être et sera l'assurance maladie. Mais la loi fait une obligation aux caisses d'assurance-maladie de prêter leur concours au service de l'assurance accidents (art. 27). D'autre part, comme l'indique l'art. 3, alinéa 4, „ elles ont le droit de joindre à l'assurance en cas de maladie d'autres branches d'assurance " (c'est ainsi que, le plus souvent, une assurance-décès se trouve combinée avec l'assurance-maladie). Pour pallier les charges trop lourdes que cette initiative des caisses d'assurance risque de faire peser sur les membres des caisses comptant un nombre restreint de membres, l'Office Fédéral des Assurances Sociales a fixé des limites aux allocations pour cause de décès. Pour être autorisées à payer une indemnité supérieure à 100 Frs., les caisses doivent avoir une fortune au moins égale à la moyenne de leurs dépenses annuelles. Et ces caisses elles-mêmes ne sont pas autorisées à dépasser une somme de 200 Frs. si elles ne prélèvent une surprime fixe (calculée sur la base de l'âge moyen de leurs membres) couvrant entièrement le risque de l'assurance au décès.

En posant des règles précises pour l'organisation des caisses d'assurance-maladie, les rédacteurs de la loi et leurs continuateurs ont pleinement réussi à leur donner ces caractères d'honorabilité et de stabilité dont il importait avant tout qu'elles fussent dotées.

3ème — SITUATION DES ASSURÉS

Toute liberté est laissée aux caisses reconnues pour la détermination des conditions d'admission: mais il faut qu'elles respectent les prescriptions de la loi concernant les droits des assurés et les fassent figurer dans leurs statuts.

L'assuré doit, de son côté, respecter les dispositions des statuts et s'acquitter des obligations financières mises à sa charge. La Loi laisse aux caisses le soin de déterminer les obligations des assurés mais elle fournit, en revanche, aux membres de l'assurance, toute une série de garanties que nous allons résumer:

1. — Droits des assurés en ce qui concerne l'affiliation.

„ Tout citoyen suisse a le droit de s'affilier à une caisse dont il remplit les conditions statutaires d'admission" (art. 5). Nous savons qu'une grande latitude est laissée aux caisses quant à ces conditions et que les statuts peuvent notamment exiger que le candidat appartienne à „ telle profession ou entreprise, à telle confession ou à tel parti politique ".

Mais la loi fixe des limites à la toute puissance de la caisse en ce qui concerne l'affiliation.

D'abord, une affirmation générale en vue d'éviter une éventuelle exclusive dirigée contre une personne. La loi affirme le Droit qu'a tout citoyen suisse de s'affilier à une caisse dont il remplit les conditions statutaires d'admission. Il n'est donc pas loisible aux dirigeants d'une caisse d'en refuser l'accès à une personne qui remplit toutes les conditions d'admission posées par les statuts.

D'autre part, l'art. 3 (al. 2) fait défense aux caisses de traiter les citoyens suisses moins favorablement que d'autres assurés: une caisse reconnue ne pourrait donc accorder de traitement privilégié, a fortiori, réserver ses services à des étrangers. Une telle clause serait nulle de plein droit.

Il est un cas où les caisses reconnues ne peuvent pas refuser d'admettre les citoyens suisses qui demandent leur affiliation en invoquant des dispositions des statuts par ailleurs absolument régulières exigeant l'appartenance à „ telle profession ou entreprise, à telle confession ou à tel parti politique ".

C'est l'hypothèse de l'art. 5 (al. 2) envisageant le cas d'un citoyen suisse ne trouvant, à son domicile, aucune autre caisse dont il remplisse les conditions générales d'admission. La caisse du domicile devra recevoir le candidat. Le respect des statuts de la caisse cède le pas aux légitimes intérêts de l'assuré.

Autre disposition de la loi ayant en vue plus particulièrement la protection des candidats du sexe féminin. L'art. 6 oblige les caisses à admettre — **aux mêmes conditions** — les personnes de l'un et de l'autre sexe.

Le législateur veut éviter que les caisses soient tentées de défavoriser les femmes: il est une donnée d'expérience que la morbidité est, chez les femmes, plus élevée que chez les hommes. Nous avons vu que le Conseil Fédéral en a tenu compte en accordant un subside plus élevé pour les membres féminins des caisses d'assurance-maladie. En revanche, il exige des caisses qu'elles traitent hommes et femmes dans des conditions de stricte égalité — tant pour l'admission que pour les prestations.

Deux cas particuliers: les prestations assurées pourront différer suivant le sexe si les contributions des assurés présentent des différences correspondantes (art. 6, al. 2).

L'art. 6, al. 1er, a, d'autre part, réservé le cas des caisses d'assurance ouvertes seulement à une profession — à une association professionnelle ou à une entreprise, ne comptant, **en fait,** que des personnes d'un même sexe.

Rien dans tout cela qui constitue une entorse au principe de l'égalité des sexes devant les charges et les bénéfices de l'assurance, principe posé par le législateur fédéral.

Les enfants doivent être admis au bénéfice de l'assurance-maladie, **quel que soit leur âge.** Ceci résulte a contrario de l'al. 2ème de l'art. 12 qui décide que „ les enfants ne peuvent être assurés pour une indemnité de chômage avant l'année où ils atteignent l'âge de quatorze ans ". Seule, par conséquent, l'indemnité de chômage n'est pas due aux enfants de moins de quatorze ans. On admet qu'avant cet âge ils ne fournissent pas de travail rémunéré et une indemnité de chômage ne serait donc pas justifiable. —

Mais les caisses d'assurance-maladie traitent sur un pied de stricte égalité toute personne — des deux sexes — quel que soit son âge (1), en ce qui concerne l'assurance maladie — à condition qu'elle soit âgée d'au moins 14 ans, pour ce qui a trait à l'assurance-chômage. C'est là une garantie substantielle donnée aux assurées: ce n'est pas la seule:

L'article 11 dispose:
„ Les caisses ne peuvent exclure aucun membre pour des motifs confessionnels ou politiques ": le législateur veut éviter toute manœuvre de la part des caisses qui pourraient se servir du mauvais prétexte fondé sur de telles bases: il veut aussi garantir l'indépendance et la liberté de conscience de l'assuré qui ne doit pas être acculé à commettre ce qui lui apparaîtrait en son for intérieur comme une lâcheté — pour se préserver de la menace d'une exclusion. C'est ainsi que l'exclusion d'un syndicat pour de tels motifs ne saurait provoquer l'expulsion de la caisse, même si l'appartenance à la caisse est conditionnée par l'appartenance au syndicat.

LE LIBRE PASSAGE. —

Les articles 7, 8, 9 et 10 s'attachent à la protection des droits du „ Passant ", c'est-à-dire de l'assuré passant d'une caisse à une autre. La loi affirme avec force le **droit de „ Libre Passage "** et s'emploie à la règlementer dans un esprit extrêmement favorable aux assurés.

Le Libre Passage apparaît ainsi comme un véritable **droit** pour l'assuré quittant, dans certaines conditions, la caisse à laquelle

(1) Toutefois l'O. F. A. S. indique qu'en pratique „ les caisses ouvertes sont libres de ne pas recevoir les enfants ou de ne pas les admettre dans l'assurance des soins médico-pharmaceutiques qu'à partir d'un certain âge, un an ou sept ans par exemple ".
En ce qui concerne l'égalité des sexes devant l'assurance-maladie, l'O. F. A. S. veut bien nous indiquer „ la statistique montre que l'assurance des femmes coûte beaucoup plus cher que celle des hommes. C'est pourquoi l'O. F. A. S. cédant aux instances des mutuelles, admet qu'en **vertu d'une disposition statutaire,** les caisses perçoivent des femmes, à prestations égales, une cotisation de 25 % au maximum plus élevée que celle des hommes ou qu'au contraire, à conditions égales, elles abaissent de 25 % au maximum les prestations dues aux femmes " —

il est affilié, d'être reçu par toute autre caisse dont il remplit les conditions générales d'admission — et, à défaut, à l'égard de toute autre caisse de son domicile (art. 7, al. 4ème).

Il est intéressant de remarquer que, du seul fait de son affiliation à une caisse reconnue, l'assuré bénéficie, en quelque sorte, d'un **droit conditionnel** sur toutes les caisses reconnues.

La Suisse Économique & Sociale donne un aperçu excellent de cet aspect de la question:

„le droit de passage„ réunit les caisses par un lien commun qui — tout en respectant le caractère local ou professionnel de chacune, fait que **toute assurance conclue auprès de l'une d'elles est conclue jusqu'à un certain point auprès de toutes".**

Nous allons examiner successivement:

— les conditions d'exercice du droit de libre passage,
— les effets du droit de libre passage,
— les limites du droit de libre passage.

1) — Conditions d'exercice du droit de Libre Passage. — Circonstances. —

A) Le droit de Libre Passage joue quand l'affilié se voit **contraint** — à teneur des statuts — de quitter la caisse dont il est membre.

— parce qu'il change de domicile,
ou „ „ change de profession,
ou „ „ change d'employeur.

Dans ces trois cas, le droit de Libre Passage n'existe, au profit de l'Assuré, que si les statuts de la caisse dont il faisait partie lui font une obligation de renoncer à son affiliation.

Terminologie. —

— changement de domicile — doit être pris au sens de changement de tout le centre d'activité de l'assuré et non de changement de résidence momentané.

Si la caisse à laquelle l'assuré est affilié modifie son centre d'activité de telle sorte qu'elle ne se reconnaît plus compétente à l'endroit du domicile de l'assuré — on n'admet pas qu'il y ait changement de domicile et le droit de libre passage ne déploie pas ses effets.

S'il change d'employeur et que les statuts de sa caisse ne l'autorisent pas à en rester membre, l'assuré pourra, en vertu du droit de libre passage, obtenir son affiliation à une caisse, du seul

fait de la résiliation de son contrat et sans qu'il soit nécessaire qu'il justifie d'un nouveau contrat de travail,

B) Le droit de Libre Passage existe **de plein droit** — au profit de l'assuré si la caisse à laquelle il appartient prononce sa dissolution.

ou — si elle cesse d'être reconnue
soit qu'elle ait renoncé à la Reconnaissance,
soit qu'elle lui ait été retirée.

Conditions que doit remplir l'assuré. —

FOND. —

— L'assuré doit être affilié à une — (ou plusieurs) — caisse durant un an au moins sans une interruption de plus de trois mois.

— il doit remplir les conditions générales d'admission de la caisse à laquelle il prétend être affilié — (il est fait dérogation à cette règle en faveur des passants dont aucune caisse de leur domicile ne fixe de conditions générales correspondant à leur cas).

FORME. —

Un certificat d'affiliation est délivré au membre sortant, qu'il ait droit ou non au libre passage. C'est ce certificat qui — s'il remplit les conditions de Libre Passage — fera recevoir le passant au sein de la caisse à laquelle il désire donner son adhésion.

Effets du droit de Libre Passage. —

L'assuré qui remplit les conditions ci-dessus énoncées doit être admis par la Caisse à laquelle il a demandé son affiliation.

— il ne sera astreint à aucune finance d'entrée,

— il ne pourra être défavorisé par rapport aux autres membres de la caisse (1); celle-ci ne pourra percevoir que des contributions égales à celles qui sont demandées aux autres membres de la même catégorie pour des prestations identiques à celles qui lui sont assurées.

— il ne pourra être récusé par la Caisse sous prétexte qu'il ne remplit pas les conditions de santé — ou qu'il a dépassé la limite d'âge, fixée par les statuts (s'il a atteint la limite d'âge, il sera seulement tenu de verser à la caisse „les contributions qui, en considération de son âge au moment de son affiliation, correspondent aux prestations assurées".

---

(1) L'O. F. A. S. a bien voulu nous préciser qu'il est toutefois loisible aux caisses d'attribuer les passants à la plus basse classe d'assurance ou de ne leur assurer que le minimum des prestations légales, pourvu que cette faculté soit énoncée dans les statuts.

Les rédacteurs de la Loi se sont aussi intéressés au sort de l'assuré — qui est au bénéfice du Libre Passage et, quittant le territoire de sa caisse ou changeant de profession ou d'employeur, ne trouve accès auprès d'aucune caisse dont il remplisse les conditions générales d'admission. Dans ce cas, l'assuré pourra rester membre de sa caisse, à la seule condition qu'il demeure en territoire suisse.

Limites du Droit de Libre Passage. —

Deux restrictions sont apportées par le Législateur à ce droit étendu de „ Libre Passage "

1) — **les membres des caisses confessionnelles ou politiques** ne bénéficient du droit de libre passage qu'à l'égard des caisses de la même confession ou du même parti.

L'alinéa 2ème de l'art. 8 envisage le cas du membre d'une caisse confessionnelle ou politique qui faisait partie, auparavant, d'une caisse dite „ libre " (c'est-à-dire ne se réclamant d'aucune appartenance à un parti ou à une religion déterminés) et qui demande à nouveau son affiliation à une telle caisse. Dans ce cas, la durée de l'affiliation à une caisse confessionnelle ou politique ne sera pas prise en considération pour la supputation des délais que nous avons énoncés plus haut.

2) Il existe une **limite dans le temps** en ce qui concerne l'assuré d'une caisse d'entreprise. Celui-ci ne peut plus se prévaloir du droit de libre passage si cinq années ont passé depuis son admission dans la caisse d'où il désire se retirer. Il pourrait arriver que de vieux ouvriers, mis à la retraite et contraints, de ce fait, de quitter la caisse de l'entreprise d'où ils sont congédiés, cherchent à se faire admettre dans une autre caisse en se prévalant du droit de libre passage. Un tel processus créerait une lourde charge pour les caisses qui se trouveraient du fait de la Loi, dans l'obligation d'admettre des membres dans de telles conditions : le législateur a voulu l'éviter et c'est la raison de la disposition que nous venons de signaler.

2. Droit des assurés en ce qui concerne les prestations en cas de maladie.

La loi du 1er Juin 1911 ne donne aucune définition de la maladie. La „ Suisse Économique et Sociale " pense qu'il faut entendre par là „ tout phénomène pathologique dans le corps humain dont la suppression ou l'atténuation exige — ou tout au moins appelle ordinairement — une intervention médicale ". Et l'ouvrage donne cet exemple :

Les caisses maladies garantissent l'assuré contre les suites de la vaccination mais ne paient pas les frais de la vaccination elle-même. C'est indiquer de manière pertinente la limite inférieure fixée à la compétence de la caisse.

En règle générale, le domaine de l'assurance est très vaste: si l'on ne considère pas comme maladie des défauts congénitaux, on n'en soignera pas moins „les phénomènes morbides exigeant un traitement" qui en pourraient résulter. (Sauf disposition spéciale des statuts excluant nommément de telles maladies ou encore les maladies entraînant une incapacité de travail prolongée. Mais les caisses doivent prouver alors qu'une invalidité doit découler en bonne logique de la maladie).

Les caisses d'assurance ont l'habitude d'interpréter largement les intentions du législateur et elles n'excluent même pas, le plus souvent, les cas d'accidents — si aucun autre assureur n'en couvre les risques [1].

Les statuts ne pourraient enfin exclure toute une catégorie de maladies — les maladies sexuelles par exemple — sous prétexte qu'elles résultent de la faute des assurés: ils peuvent, en revanche, refuser le bénéfice de l'assurance aux membres dont les maladies proviendraient de leur faute personnelle mais à **charge pour l'assurance de prouver cette faute dans chaque cas.** L'office Fédéral des Assurances Sociales est d'ailleurs hostile aux précautions que peuvent prendre les caisses dans ce domaine et il n'a pas hésité à donner aux dirigeants des caisses le conseil de renoncer à semblables dispositions de leurs statuts.

Supposons remplies les conditions fixées par les statuts en application de ces principes. **A quelles prestations l'assuré aura-t-il droit ?**

Voici le texte de l'art. 12 (1ère partie):

„Les caisses doivent assurer à leurs membres au moins les soins médicaux et pharmaceutiques ou une indemnité journalière de chômage qui ne peut être inférieure à un franc pour une incapacité absolue de travail".

Nous allons examiner successivement:

— l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques,
— l'assurance de l'indemnité journalière de chômage.

1. ASSURANCE DES SOINS MÉDICAUX ET PHARMACEUTIQUES.

Les soins médicaux et pharmaceutiques seront assurés dès le début de la maladie (à condition que l'affilié ait effectué le stage prévu par les statuts). Une déclaration de maladie sera faite par l'assuré dans les règles fixées par les statuts.

---

[1]) Une disposition formelle des statuts est nécessaire pour exclure les cas d'accidents du bénéfice de l'assurance-maladie.

La loi impose aux caisses d'assurance de fournir les prestations aux affiliés - pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 180 journées dans une période de 360 jours consécutifs.

Il s'agit là encore d'une limite inférieure: les caisses sont parfaitement libres d'inscrire dans leurs statuts des promesses plus généreuses.

Le législateur a envisagé ce cas et il a stipulé que „la caisse n'est pas tenue de supporter plus des trois quarts des frais médicaux et pharmaceutiques, si elle assure ces prestations durant au moins deux cent soixante-dix journées dans une période de trois cent soixante jours consécutifs".

De nombreuses caisses usent de ce droit en mettant à la charge de l'assuré une part des frais qu'il occasionne. Cette méthode a l'avantage de réduire le nombre des maladies simulées. Elle a l'inconvénient de créer une situation pénible pour les indigents: il est possible de pallier cet inconvénient en dérogeant à la règle en faveur des assurés sans ressources.

Deux limites inférieures pour les soins médicaux et pharmaceutiques, par conséquent:

— la caisse est **tenue** de **prendre à sa charge tous les frais,**

si elle alloue des prestations pendant 180 jours dans une période de 360 jours consécutifs;

— la caisse et tenue **de contribuer aux frais** dans la proportion de 75% [1]

si elle alloue des prestations pendant 270 jours dans une période de 360 jours consécutifs;

— la caisse est toujours libre de s'obliger à des prestations plus importantes; dans ce cas (v. § sur rôle de la Confédération), la Confédération accorde aux caisse des subsides supplémentaires.

Mais, pour obtenir la reconnaissance fédérale, elle doit obligatoirement se conformer à ces règles minima. Une fois versées les prestations promises dans les statuts, la caisse peut cesser toute prestation; elle peut même prononcer l'exclusion de l'assuré dont la maladie se prolonge au-delà des délais fixés par les statuts. Cela n'arrive pratiquement qu'assez rarement et l'affilié exclu n'est pas privé de tout secours puisque son cas appartient alors au domaine de l'invalidité. [2]

---

[1] en vertu de l'arrêté du Conseil Fédéral du 22 Juillet 1936 la caisse est tenue de contribuer aux frais dans la proportion de 75 à 90 %.

[2] Soit que l'assuré soit affilié à une caisse-invalidité soit que la caisse maladie qui ne lui sert plus d'indemnité à ce titre lui assure des prestations en cas d'invalidité (certaines caisses, d'ailleurs, le font mais les prestations sont alors modestes).

1° — Assurance des soins médicaux

A) — LE MÉDECIN.—

La règle générale est que le malade a le libre choix de son médecin: la loi précise qu'il doit le choisir „ parmi ceux qui pratiquent dans son lieu de séjour ou aux environs " (Médecin est entendu au sens large puisque l'on comprend dans ce terme les personnes autorisées par les cantons à exercer la médecine) (art. 21).

Toutefois, la caisse se réserve un droit de regard puisqu'elle peut d'office faire appeler un second médecin (il est loisible également à l'assuré, à sa famille - ou au médecin-traitant - de provoquer l'intervention d'un deuxième praticien).

Mais la **règle générale** de la liberté du choix du médecin par l'assuré **peut être renversée par la caisse:** il lui suffit de „ passer des conventions avec des médecins ou des associations de médecins " et de confier exclusivement à ces médecins le traitement des assurés. Les médecins qui exercent depuis un an au moins dans le territoire de la caisse ont la possibilité d'adhérer à ces conventions: une seule exception à la faculté qui leur est ainsi attribuée: dans les régions montagneuses et accidentées, si les caisses ont promis aux médecins avec lesquels elles ont passé des conventions, de leur verser une indemnité annuelle, elles peuvent faire opposition à l'adhésion d'autres médecins (art. 16).

D'autre part, les caisses publiques et obligatoires dont l'existence a été signalée ci-dessus peuvent „ charger un établissement hospitalier des soins médicaux à donner à leurs membres ".

Enfin, il va de soi, comme l'indique l'article 17, que les assurés ne sauraient valablement se prévaloir du droit de libre choix du médecin dans le cas où leur transfert dans un établissement hospitalier oblige à confier les soins médicaux au personnel de ce dernier.

Dans ces limites, tout assuré résidant en Suisse a droit aux soins médicaux. Bien que le Conseil Fédéral ait usé du droit que lui donne l'article 36, al. 3ème, de „ supprimer les subsides fédéraux pour les assurés résidant à l'étranger " les caisses peuvent insérer dans leurs statuts une disposition mettant à leur charge les soins médicaux pour de tels membres.

B — LES SOINS MÉDICAUX.—

En l'absence de précisions de la Loi sur le sens qu'il convenait de donner à „ soins médicaux ", les caisses suisses n'assurent pas toutes de la même manière. On peut dire que ce sont les soins et les prescriptions du médecin qui servent de critère.

Ainsi, les soins donnés par un dentiste ne seront-ils pas à la charge de la caisse: mais le médecin pourra renverser cette règle s'il procède lui-même à l'extraction des dents, à titre curatif.

Les **soins hospitaliers** sont toujours pris en charge par les caisses d'assurance (sous réserve le plus souvent d'un avis conforme donné par un médecin accrédité par elles à cet effet). Il s'agit des soins hospitaliers et non des frais de logement et de nourriture que la plupart des caisses n'assument pas.

Les caisses font preuve d'un large esprit social en ne négligeant pas les procédés nouveaux susceptibles d'améliorer l'état des assurés et en prenant sans hésiter à leur charge les soins donnés dans ce domaine. (1)

2° — Assurance des soins pharmaceutiques

A) — LES PHARMACIENS.—

Même **règle générale** que pour l'assurance des soins médicaux: liberté du choix de l'assuré dans le cadre des pharmacies „établies dans son lieu de séjour ou dans les environs". Les personnes munies d'un certificat scientifique de capacité pour l'exercice de la profession de pharmacien et autorisées par le canton à exercer cette profession „sont assimilées aux pharmaciens",

Mêmes **dérogations** susceptibles de renverser le principe de liberté de choix:

— possibilité pour les caisses de passer des conventions avec des pharmaciens ou des associations de pharmaciens et de confier exclusivement à ces pharmaciens la fourniture des médicaments, (faculté pour les gérants de pharmacies établies dans le territoire de la caisse d'adhérer à ces conventions).

— les caisses publiques et obligatoires peuvent charger un établissement hospitalier des soins pharmaceutiques à donner à leurs membres (art. 19, al. 2ème).

B) — LES SOINS PHARMACEUTIQUES.—

La loi est muette également quant au sens qu'il convient de donner au terme „soins pharmaceutiques". Les caisses ont donc un large pouvoir d'appréciation. Le commentateur du texte de loi a défini "soins pharmaceutiques" de la manière suivante:

„Substances ou mélange de substances ayant une propriété et un but thérapeutiques" - La discrimination est facilitée par l'exemple que donne l'auteur de la „Suisse Economique et Sociale": La caisse n'est pas tenue de supporter les frais d'achat d'instruments tels que lunettes, ceintures herniaires, etc. - Mais la caisse

1) une telle attitude est naturellement fonction des ressources de la Caisse et l'O. F. A. S. nous signale que "beeucoup de caisses hésitent ou, se refusent à payer ... les traitements dits onéreux (radiothérapie, pénicilline - etc.)"

est naturellement libre de le faire si elle le juge bon. Mais, pour que l'obligation de paiement des médicaments existe à la charge de la caisse, il faut qu'ils soient prescrits „ par un médecin autorisé à traiter le malade ". (art. 23, § 2ème)

Paiement des soins

A) — TARIFS.

Ce sont les gouvernements cantonaux qui fixeront les tarifs médicaux et pharmaceutiques. Ils le feront après avoir consulté les représentants des caisses et les associations professionnelles des médecins et pharmaciens.

Les tarifs consistent en la détermination d'un minimum et d'un maximum pour chaque intervention du médecin et pour chaque médicament. La loi précise (art. 22) que les parties doivent adopter ces limites et qu'elles ne peuvent, en conséquence, ni majorer, ni réduire les tarifs.

Quand les conventions sont passées avec les médecins et pharmaciens dans les formes énoncées ci-dessus, le gouvernement cantonal devra les examiner et elles ne seront valables que revêtues de son approbation. Celle-ci ne pourra être donnée que si les conventions en question sont „ conformes à la loi et à l'équité ".

Un recours au Conseil Fédéral est laissé aux parties, dans un délai de vingt jours après la décision du Gouvernement cantonal.

La loi a envisagé l'hypothèse où la caisse ne pourrait passer des conventions avec des médecins ou des pharmaciens (art. 20).

Dans ce cas, elle est en droit de remplacer les soins médicaux et pharmaceutiques par une indemnité. Mais la loi assujettit cette tolérance à diverses conditions :

— la caisse doit obtenir l'assentiment du Conseil Fédéral.

— le montant de l'indemnité est fixé par le gouvernement cantonal (il correspond à la moyenne des frais médicaux et pharmaceutiques).

— une telle mesure est essentiellement temporaire puiqu'elle n'est valable que pendant une année au maximum.

Dans ces conditions, — la dernière phrase de l'art. 20 le précise —, la caisse conserve la plénitude de son droit au subside fédéral.

2° — Indemnité journalière de chômage

Le but de l'indemnité journalière de chômage est de rémédier à la situation difficile dans laquelle peut se trouver l'assuré privé totalement de sa capacité de travail du fait de maladie. La caisse n'est tenue au paiement de l'indemnité que si l'incapacité de travail est totale, mais les statuts peuvent fort bien accorder l'indemnité en

cas d'incapacité partielle ou même sans qu'il y ait incapacité.

La loi indique une limite inférieure d'un franc que les statuts peuvent naturellement dépasser. L'indemnité est dûe pour tous les jours d'incapacité absolue, y compris les dimanches et jours fériés et les jours de suspension d'exploitation dans l'entreprise dont l'assuré fait partie.

§ 4ème — Le règlement des litiges

Divers articles de la loi posent des règles en vue de la solution des litiges qui pourraient surgir. Nous étudierons successivement:

A) Les contestations entre les Pouvoirs Publics et les Caisses-Maladie.

B) Les contestations entre les Caisses et les médecins ou pharmaciens.

C) Les contestations de Droit Privé.

A) Contestations entre les pouvoirs publics et les caisses-maladie.—

L'article 40 charge les autorités cantonales — sur plainte du Conseil Fédéral — d'exercer la poursuite contre les représentants d'une caisse qui fourniraient sciemment des renseignements erronés à l'autorité fédérale (ou à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents). Les maxima des peines sont prévus:

500 francs d'amende et 3 mois d'emprisonnement ou l'une de ces peines seulement.

1000 francs d'amende et 6 mois d'emprisonnement ou l'une de ces peines seulement en cas de récidive dans les trois années qui suivent la derniére condamnation.

Le Conseil Fédéral est avisé par les autorités cantonales des décisions prises et peut exercer un recours „ en réforme ou en cassation " contre la sentence intervenue.

Enfin, concernant les subsides fédéraux, le Conseil Fédéral tranche lui-même toute contestation.

B) Contestations entre les caisses et les médecins ou pharmaciens.—

Les contestations entre les caisses d'une part, les médecins et les pharmaciens d'autre part, sont de la compétence d'un **tribunal arbitral.**

Chaque canton choisit lui-même l'autorité arbitrale et fixe la procédure. La loi prescrit aux cantons de veiller à ce que les parties soient également représentées au sein du tribunal arbitral.

La loi envisage (art. 24) le cas où la caisse contesterait au médecin ou au pharmacien — pour des motifs graves tirés, soit de sa personne, soit de son activité professionnelle, le droit de traiter ses membres ou de leur fournir des médicaments: elle charge le tribunal arbitral de prononcer, s'il y a lieu, l'exclusion et d'en fixer la

durée.

C) **Contestations de Droit Privé.—**

des caisses entre elles
des caisses avec leurs assurés
des caisses avec des tiers

L'article 30 pose le principe que les contestations de droit privé des caisses entre elles ou avec leurs assurés ou des tiers relèvent des tribunaux ordinaires. (Mais la légalisation cantonale peut en disposer autrement)

Il est loisible d'autre part aux autorités de la caisse d'introduire dans ses statuts une règle différente en ce qui touche ses contestations avec ses assurés.

Section IIème
L'ASSURANCE DES ACCOUCHÉES

L'article 14 de la Loi du 13 Juin 1911 impose l'obligation aux caisses-maladie d'assimiler l'accouchement à une maladie.

Le législateur a voulu éviter les conséquences que pourrait avoir pour la Famille et donc pour la Société le fait que la femme ne bénéficie pas des prestations de l'assurance pendant ses couches, sous prétexte qu'un accouchement dans des conditions normales ne saurait être considéré comme une maladie. Il a donc étendu à l'accouchement les règles établies en ce qui concerne la maladie. Il a même veillé à ce que des garanties supplémentaires soient données à l'assurée.

Pour être au bénéfice des dispositions de l'article 14, la femme doit être affiliée à des caisses durant au moins neuf mois sans une interruption de plus de 3 mois.

Cette condition spéciale de stage étant remplie, l'assurée a droit aux prestations de l'assurance-maladie pendant au moins six semaines. La durée des prestations déjà fournie n'entrera pas en compte pour l'attribution d'indemnités pendant les couches. C'est ainsi que la caisse sera tenue de fournir à l'assurée les prestations déterminées par les statuts, même dans le cas où elle lui aurait déjà précédemment alloué des prestations durant 180 jours dans une période de 360 jours consécutifs. Les prestations en cas d'accouchement sont dûes par conséquent même si le droit aux prestations en cas de maladie est éteint.

Si la caisse alloue une indemnité de chômage, elle a le droit de déduire de cette indemnité le montant du gain de l'assurée si celle-ci poursuit son travail pendant la période de secours.

Enfin, l'art. 14 crée une **prime d'allaitement** en faveur des femmes allaitant leur enfant pendant quatre semaines après l'expiration de la période de secours, (c'est-à-dire après la période de six

semaines): la caisse doit verser dans ce cas à ses assurées une indemnité qui ne peut être inférieure à vingt francs.

Mais la loi ne fait pas supporter aux caisses-maladie les frais de sage-femme: les caisses ne les prennent pas moins le plus souvent à leur charge, mais elles y ajoutent l'obligation pour l'assurée de ne faire appel au médecin qu'à la demande expresse de la sage-femme.

Section IIIème

L'ASSURANCE-TUBERCULOSE

17 années, jour pour jour, après la création de l'assurance-maladie et accidents, une autre Loi Fédérale engageait la lutte contre la maladie qui constitue l'un des plus grands fléaux modernes : la Tuberculose.

Cette loi n'organise pas encore l'assurance-tuberculose. Elle organise tout un système de défense contre le mal et — parmi les mesures qu'elle prend — il en est une, contenue dans l'article 15 — qui a trait à l'assurance contre la tuberculose.

— Nous n'étudierons pas la loi en tant qu'elle s'attache à organiser la lutte contre la tuberculose, ce qui dépasserait le cadre de cette étude. Il suffira d'indiquer qu'elle met à la charge des autorités publiques — Confédération, cantons et communes, — la mise en vigueur des dispositions de la loi.

Celle-ci font au **médecin** l'obligation de déclarer la tuberculose aux **autorités**, celle de prendre les mesures nécessaires pour en prévenir la propagation et pour ordonner les analyses bactériologiques, celle de s'opposer aux charlatans qui mettent en vente des remédes secrets, celle de créer des institutions préventives et curatives et des services de dépistage que la Confédération subventionne, celle d'édicter des règlements sur l'hygiène des habitations, celle enfin d'initier la population à la „nature, aux dangers et à la prophylaxie de la tuberculose."

La **loi du 13 Juin 1928** s'intègre dans cette étude du régime fédéral des assurances sociales suisses en ce qu'elle est le point de départ d'une règlementation spéciale de l'assurance-maladie pour ce qui a trait à la tuberculose.

La loi différencie la tuberculose en accordant des subsides spéciaux aux caisses-maladie reconnues: ces subsides seront versés directement par le Conseil Fédéral.

Une condition est mise à leur attribution: les statuts des caisses reconnues qui désirent être au bénéfice de ces dispositions doivent assurer „pour le traitement et les soins des affiliés tuberculeux des prestations qui, par leur nature ou leur durée, dépassent celles imposées par la loi d'assurance".

C'est en vertu de cet article 15 que le Conseil Fédéral a rendu, le 19 Janvier 1944, l'ordonnance 1 sur l'assurance-tuberculose. Il s'agit d'un texte organisant minutieusement cette branche de l'assurance-maladie et abrogeant les dispositions antérieures (notamment l'ordonnance du 31 mars 1931 et l'ordonnance II du 5 avril 1943).

Cette loi est essentiellement — elle aussi — une **Loi de subvention:** l'article Ier précise que des subsides spéciaux sont alloués aux caisses-maladie reconnues et aux fédérations de caisses-maladie qui garantissent à leurs membres tuberculeux des prestations conformes à la présente ordonnance, C'est le principe même de l'article 15 de la Loi du 13 Juin 1928. L'orientation générale de l'ordonnance est semblable à celle de la loi de 1911 et le rédacteur de l'ordonnance a pris soin de l'affirmer: art. 10 „La loi fédérale du 13 Juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, titre de l'assurance maladie, s'applique par analogie à l'assurance-tuberculose, à moins que la présente ordonnance ou les prescriptions complémentaires n'en disposent autrement".

Le but poursuivi apparaît avec netteté: poser des règles spéciales en tant que la longueur et la gravité des affections tuberculeuses en créent la nécessité: Par ailleurs, s'en remettre aux dispositions de la Loi régissant l'ensemble de l'assurance-maladie.

Le Conseil Fédéral a imposé des conditions plus strictes aux caisses désirant pratiquer l'assurance-tuberculose. Il a mis à leur charge des obligations plus étendues.

En revanche, il exige du malade une discipline plus grande, de nature à faciliter la tâche de ceux qui ont mission de lui prodiguer leurs soins, et il promet aux caisses remplissant les conditions requises un appui plus large des pouvoirs publics.

Nous envisagerons successivement:

— § Ier — Les conditions spéciales d'organisation imposées aux caisses pratiquant l'assurance tuberculose.
— § 2ème — Les obligations supplémentaires à la charge de ces caisses.
— § 3ème — La situation spéciale des assurés.
— § 4ème — L'aide supplémentaire des Pouvoirs Publics.

§ 1er — CONDITIONS SPÉCIALE D'ORGANISSATION AUX CAISSES PRATIQUANT L'ASSURANCE-TUBERCULO E

Reconnaissance.—

Pour être admises au bénéfice des subsides spéciaux versés par la Confédération, les caisses qui désirent pratiquer l'assurance-tuberculose doivent obtenir une **reconnaissance spéciale** en cette qualité.

C'est l'Office Fédéral des assurances sociales qui est chargé d'accorder ou de refuser la reconnaissance. Il ne pourra l'accorder

qu'aux caisses-maladie reconnues comptant au moins 40.000 membres, ou aux fédérations de caisse-maladie réunissant ensemble au moins 40.000 assurés.

Il faut, — cela va de soi, — que la caisse soit capable de supporter les charges qui lui incombent. Une caisse de dimension trop modeste ne présenterait pas de garanties suffisantes.

La reconnaissance sera accordée par l'Office Fédéral après examen par lui des statuts de la Caisse: ces statuts devront se conformer aux dispositions de l'ordonnance. Si l'Office Fédéral ne croit pas pouvoir donner son investissement, il transmet le dossier au Département fédéral de l'Economie Publique qui peut lui-même accorder la reconnaissance ou transmettre à son tour le dossier au Conseil Fédéral. (art. 63),

B) **Organisation intérieure.**—

Le Conseil Fédéral prend des précautions en ce qui concerne la gestion financière:

— les comptes de l'assurance-tuberculose sont séparés de ceux de l'assurance-maladie (art. 64, al. 2ème) ;

— les primes de l'assurance-tuberculose sont calculées par les caisses de telle sorte que l'assurance-tuberculose puisse se suffire à elle-même (art. 64, al. 2ème in fine).

—un compte spécial des recettes et des dépenses est tenu. Celui-ci sera adressé chaque année à l'Office Fédéral des assurances sociales, en même temps que les statistiques, les rapports annuels et les justifications des prestations pour l'année précédente.

— une vérification de la comptabilité pourra être effectuée par les soins de l'Office Fédéral.

— L'approbation de l'Office Fédéral devra être demandée par les assureurs pour leurs contrats avec certains établissements sanitaires désignés par la loi.

L'office Fédéral sera immédiatement avisé de la résiliation de ces contrats.

C) **Caisse d'assurance-tuberculose et établissements hospitaliers.**—

La Confédération n'accordera de subsides que si les assurés sont traités dans un sanatorium reconnu par la Confédération (art. 8).

L'article 42 de la loi donne une longue liste des établissements admis à recevoir des assurés tuberculeux: il les répartit en six groupes différents: le Groupe I comprend la généralité des cas,

le Groupe Ip, les préventoria pour les enfants reconnus par le service fédéral de l'hygiène publique,

le Groupe II, les sanatoria qui dépendent du service de santé de l'armée et reconnus par le service d'hygiène,

le Groupe III, les hôpitaux situés dans des régions de cure et admis à commencer la cure en faveur de malades ne pouvant, faute de place, être admis dans les établissements spécialisés,

le Groupe IV, les établissements qui ont passé contrat avec des établissements du Groupe I, à l'effet de recevoir, traiter et de réadapter au travail les assurés tuberculeux,

le Groupe V, enfin, qui reçoit les assurés atteints de tuberculose extrathoracique et ceux qui sont atteints de tuberculose intrathoracique nécessitant une intervention opératoire.

§ 2ème — OBLIGATIONS SUPPLÉMENTAIRES A LA CHARGE DE CES CAISSES

L'assurance-tuberculose fonctionnera en faveur de l'assuré présentant les symptômes de maladie énumérés par la loi. Les caisses sont tenues d'assimiler aux tuberculeux les enfants **"menacés de tuberculose"**, au sens de l'ordonnance, c'est-à-dire ceux:

— qui ont séjourné dans le voisinage d'une personne atteinte de tuberculose ouverte (danger de tuberculose bacillaire)

— ou qui sont issus d'un milieu familial lourdement chargé de tuberculose (hérédité tuberculeuse).

L'ordonnance prend une mesure identique en faveur des enfants **"suspects de tuberculose"**, c'est-à-dire de ceux qui présentent un symptôme sérieux de tuberculose intrathoracique: l'article 4 donne la liste complète de ces symptômes.

Quelles sont les obligations de la caisse d'assurance-tuberculose à l'égard de l'affilié pouvant être classé dans l'une des catégories sus-mentionnées: elles consistent essentiellement en versements plus importants que dans le cas général étudié dans la section 1ère. Ces versements représentent la contribution de la caisse aux frais de séjour des assurés tuberculeux dans un sanatorium: l'ordonnance indique les minima que les caisses sont toujours libres de dépasser, à condition que les cotisations des assurés ou les primes de réassurance soient adaptées à cette augmentation.

Les **minima** prévus par l'article 11 sont les suivants:

A) deux francs par jour pour les enfants,
   trois francs par jour pour les adultes,

si le malade est assuré pour les soins médico-pharmaceutiques.

B) deux francs,

si le malade n'est assuré que pour une indemnité journalière de chômage.

En cas d'assurance pour les soins médico-pharmaceutiques. le paiement des frais de contrôle médical et éventuellement d'un traitement complémentaire prescrit par le médecin de l'établissement

que le malade quitte après une cure et avec le congé du médecin (ces prestations étant imputables sur les prestations de l'assurance-tuberculose).

Dans tous les cas, les prestations ne sont dûes que dans les limites des dispositions statutaires sur la durée des prestations. L'ordonnance oblige les assureurs à accorder des prestations — à partir du premier jour de cure en sanatorium — pour au moins **540 jours** dans une période de 5 années consécutives.

Les articles 19, 20 et 22
mettent **à la charge des caisses d'assurance-tuberculose:**

A) **LE VERSEMENT DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE-TUBERCULOSE** — pendant une période maximum de 90 jours en faveur de **l'assuré mis en observation au sanatorium** (cas de tableau clinique incertain)

— et pendant
une période de 30 jours au plus en faveur de l'assuré ayant **interrompu sa cure** au sanatorium pour subir un traitement spécial dans un établissement ne recevant pas de tuberculeux. (l'établissement devant être obligatoirement dirigé par un médecin).

L'assuré perd ses droits à toute prestation (même à celles de l'assurance-maladie ordinaire) si, désobéissant aux ordres de son médecin, il refuse de retourner dans un sanatorium.

Aucun délai déterminé n'est fixé pour les enfants qui doivent interrompre une cure de sanatorium à raison d'une maladie contagieuse: les prestations seront dûes par l'assurance-tuberculose jusqu'à la guérison de cette maladie.

L'enfant perd tout droit à une prestation quelconque s'il ne retourne pas dans un sanatorium après sa guérison, contrairement à l'ordre du médecin.

B) **LE VERSEMENT DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE-MALADIE ORDINAIRE** seulement.—

1) au malade traité exeptionnellement à **domicile** sur prescription de son médecin.
(la caisse restant en droit de faire contrôler la décision du médecin traitant par un spécialiste ou par le médecin d'un dispensaire antituberculeux).
(si le deuxième médecin conclut à la nécessité d'une cure dans un établissement recevant les tuberculeux assurés, le malade devra se conformer à ses prescriptions sous peine de déchéance de ses droits à toute prestation quelle qu'elle soit).

2) au malade qui a terminé sa période de 90 jours d'observation dans un sanatorium et au sujet duquel le diagnostic du médecin

de l'établissement ne conclut pas expressément à la tuberculose (les prestations n'étant dûes évidemment qu'autant que l'assuré n'a pas atteint la limite prévue par les statuts).

3) au malade qui, à l'expiration de la période de **30 jours** prévue en cas de transfert dans un autre établissement hospitalier pour y subir un traitement spécial, ne regagne pas un sanatorium, suivant en cela les prescriptions médicales.

§ 3ème — SITUATION SPÉCIALE DES ASSURÉS

Pour être admis au bénéfice des prestations de l'assurance tuberculose,

1) l'assuré doit présenter l'**une** quelconque des **formes de la tuberculose.** Nous avons dit que les enfants sont au bénéfice de l'assurance s'ils sont réputés menacés ou suspects de tuberculose.

2) Il doit être **hébergé** par l'un des établissements hospitaliers déterminé par la Loi et avoir obtenu un certificat du médecin du sanatorium qualifiant la maladie qui l'affecte de tuberculose au sens de la loi ou prescrivant sa mise en observation dans un sanatorium (pour les enfants, dans un préventorium). Le certificat sera adressé par l'assureur à l'Office Fédéral des assurances sociales.

Il convient de réserver les cas où l'assurance-tuberculose continue de jouer pendant un certain laps de temps au bénéfice d'un malade n'étant plus en traitement dans l'un des établissements reconnus par l'ordonnance. Ces cas ont été examinés ci-dessus.

LE LIBRE PASSAGE —

Les articles 29, 30 et 31 se préoccupent de la situation du Passant.

Règle générale — Ce sont les statuts de la caisse où il entre en vertu du droit de libre passage qui déterminent le droit du passant aux prestations.
(les caisses restant libres de limiter ces prestations en faveur du passant au minimum prévu par l'ordonnance).

Exception: Ce qui précède est valable pour le passant assuré contre la tuberculose dans la caisse d'où il sort. Si tel n'est pas le cas, il n'aura droit aux prestations de l'assurance-tuberculose dans la caisse où il entre, que s'il remplit les conditions générales d'admission fixées par les statuts.
(à moins que la caisse n'ait expressément renoncé dans ses statuts à se prévaloir de cette disposition).

§ 4ème — AIDE SUPPLÉMENTAIRE DES POUVOIRS PUBLICS

Aux caisses d'assurance-tuberculose remplissant les conditions générales de la loi du 11 juin 1911 et les **conditions spéciales** de la loi du 11 juin 1928, la Confédération alloue des subsides supplémentaires, soit:

a) la moitié de la contribution journalière des assureurs aux frais de cure et de sanatorium (avec un taux maximum de frs. 2.— par adulte et par jour — et de fr. 1.50 par enfant et par jour).

Est considéré comme enfant aux termes de l'art. 39, tout assuré jusqu'à la fin de l'année civile où il atteint 14 ans

b) la moitié de l'indemnité journalière de chômage (avec un taux maximum de frs. 2.— par journée de cure).

(art. 32).

Les subsides de la Confédération seront fournis aussi longtemps que les assureurs ont l'obligation de verser eux-mêmes des prestations. Le versement s'effectuera à dater du 91ème jour, pour les enfants, du 151ème jour de cure pour les adultes. La Confédération poursuit ses versements au-delà de la limite inférieure de durée des prestations fixée par l'ordonnance, si les statuts prolongent eux-mêmes l'obligation incombant à la Caisse. Elle agit de la même manière si la prolongation est exeptionnelle mais résulte néanmoins d'une disposition facultative des statuts (en vue de parfaire les résultats de la cure sur avis conforme du médecin-conseil de la caisse).

Dans tous les cas où des prestations extraordinaires des caisses peuvent appeler des subventions supplémentaires de la Confédération, l'assureur doit, pour en obtenir le bénéfice, demander le consentement de l'Office Fédéral et produire le dossier du malade.

L'article 66 dit que „les subsides fédéraux sont payés chaque année en automne, pour l'année précédente" (L'Office Fédéral peut accorder des avances à valoir sur les subsides pour l'année en cours. En contre-partie des avantages substantiels qu'elle accorde, la Confédération exige que les établissements où sont donnés les soins répondent aux conditions posées par l'ordonnance.

En plus du contrôle préalable que constitue la procédure de la reconnaissance, la Confédération exerce une surveillance approfondie sur le fonctionnement de l'assurance-tuberculose.

Elle a créé une „**commission fédérale de l'assurance-tuberculose**" placée sous la direction de l'Office Fédéral et composée de 7 membres nommés par le département de l'Economie Publique. (un représentant du service fédéral de l'hygiène publique — trois représentants du corps médical et trois représentants des assureurs).

Se réunissant sous la présidence du directeur de l'Office Fédéral

ou de son suppléant, elle a un rôle consultatif.

Outre des attributions étendues en matière de surveillance des établissements recevant les tuberculeux, la Commission fédérale de l'assurance tuberculose:

„ donne son avis sur les questions d'assurance-tuberculose que lui soumettent le département ou l'Office Fédéral, au sujet des cures en sanatorium et des rapports de l'assurance-tuberculose avec l'assurance-maladie."

(rubrique f. art. 62)

L'ordonnance est entrée en vigueur rétroactivement au 1er Janvier 1944. C'est l'Office Fédéral des Assurances Sociales qui est chargé de son exécution.

LE CHEMIN PARCOURU. —

Aux termes de cette étude sur les différentes formes de l'assurance-maladie, il n'est peut-être pas inutile de rappeler les quelques indications fournies par un rapport du Conseil Fédéral du 10 octobre 1944. Il s'agit du rapport adressé par le Conseil Fédéral à l'Assemblée fédérale et prenant position sur „ la demande d'initiative pour la famille " : il examine une proposition tendant à l'introduction, dans la Constitution Fédérale, d'un article 33bis aux fins d'accorder une large compétence à la Confédération pour la sauvegarde des droits de la famille. Il est amené à dresser de ce fait le bilan des réalisations des autorités fédérales en faveur de la famille. Et c'est ainsi qu'abordant le chapitre des assurances sociales, il donne, trop succinctement sans doute, quelques chiffres fort intéressants:

le résultat de l'obligation faite aux caisses d'assurance-maladie de recevoir les **femmes** est attesté par les chiffres suivants:

en 1903: 86.599 femmes assurées

en 1941: 864.559 femmes assurées, soit dix fois plus.

Les caisses ont interprété très libéralement la loi en faveur des **enfants.** L'Office Fédéral des assurances sociales les ayant autorisées à n'exiger qu'une prime inférieure à celle qui correspondait au risque de maladie, l'assurance-maladie des enfants s'en est trouvée considérablement encouragée.

(Le rapport signale que certaines caisses dans le canton des Grisons, région montagneuse de la Suisse, ont demandé deux francs seulement par enfant - pour les familles comptant six enfants et plus).

Résultat: 1903: 11.671 enfants assurés

1941: 409.519 „ „ soit 34 fois plus.

— Au sujet de l'œuvre accomplie dans les **régions montagneuses,** le rapport du Conseil Fédéral s'exprime ainsi:

— „mentionnons encore l'article 37 qui prévoit des suppléments pour les régions de montagne. La disposition de son 1er alinéa autorise la Confédération à payer aux caisses un subside supplémentaire de 7 frs. au maximum par assuré et par année entière. Si l'on considère que, dans les très hautes vallées, une seule visite du médecin coûte 100 frs. ou plus et que les familles y comptent le plus grand nombre d'enfants, on peut mesurer les bienfaits que l'assurance-maladie représente pour les communes alpestres. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, les subsides fédéraux se sont sensiblement accrus; ils se sont élevés à 671.506 frs. en 1942. De 1914 à 1942, il n'a pas été versé aux caisses moins de 12.215.989.— Frs.

Une disposition de la loi qui ne s'est pas révélée moins bienfaisante est celle de l'article 37, 2ème alinéa, selon laquelle la Confédération, dans les régions de montagne, alloue aux cantons, pour eux-mêmes ou pour leurs communes, des subsides à des institutions qui visent à diminuer les frais de traitement des malades ou des accouchées. Cela permet aux cantons ou aux communes d'engager des médecins et des sages-femmes touchant une indemnité annuelle, d'où baisse du coût des soins. Les prestations de la Confédération ont atteint 210.527 Frs. en 1942. Elles atteignent 4.422.559 Frs. depuis l'entrée en vigueur de la loi,"

Le rapport mentionne ensuite les efforts faits par les cantons et les communes pour entrer dans la voie de **l'obligation:**

l'assurance-maladie obligatoire a été introduite dans les cantons de Fribourg, Bâle-Ville, Appenzell, Rh. Ext. St-Gall, Turgovie, Genève et Vaud. Zoug et Appenzell Rh. Int. sont allés jusqu'à l'assurance obligatoire mais, si la loi a été publiée, elle n'a pas été jusqu'ici mise en vigueur.

Les rédacteurs du rapport signalent que les cantons de Suisse allemande déclarent en général l'assurance obligatoire pour tous, adultes et enfants, ceux de la Suisse Romande se contentent d'édicter l'obligation pour les enfants en général, ou pour les enfants fréquentant les établissements scolaires.

D'autres cantons ont délégué aux communes la faculté d'introduire l'assurance-maladie obligatoire.

Cantons et communes accordent par ailleurs le plus souvent des subsides aux caisses et viennent en aide aux indigents: c'est ainsi que le demi-canton de Bâle-Ville et la ville de Zurich paient une partie de la prime pour les nécessiteux et la totalité de la prime aux indigents.

Les caisses elles-mêmes se sont efforcées d'améliorer le sort fait à leurs assurés et certaines se sont attachées, comme cela a été dit ci-dessus, au développement de l'assurance familiale.

Dans le cas particulier des prestations allouées aux accouchées, le rapport cite les chiffres suivants:

l'assurance soins médicaux et pharmaceutiques a fonctionné en faveur de femmes en couches dans 24.247 cas, causant une dépense totale de 1.385.760 Frs. A ces cas, s'ajoutent les 10.941 cas d'indemnité de chômage pour les accouchées n'ayant droit qu'à cette forme de prestation, ce qui représente une dépense de 1,782.909.- Frs. (à laquelle la Confédération, à raison de 20 Frs. par accouchement, a contribué pour la somme de 703,760 Frs.)

Les cantons et les communes ont fait porter également leurs efforts dans ce domaine. Le rapport signale en particulier que, dans le canton de Bâle-Ville, des prestations en sus du minimum légal résultent de la prise en charge des frais de sage-femme, des frais de logement et de subsistance à la clinique pour l'accouchée et son enfant. Le canton de Bâle-Ville a même renoncé au stage de neuf mois prévu par la loi. Et les villes de Wintherthur et Zurich, quoiqu'à un moindre degré, ont pris des mesures analogues.

Le rapport du Conseil Fédéral signale encore un accroissement notable du nombre des mères allaitant leurs enfants: 54% en 1942 contre 38% seulement en 1916. Le rapport ne croit pas pouvoir attribuer avec certitude le mérite de cette amélioration à l'attribution de primes d'allaitement; il fait remarquer que l'accroissement en question est peut-être dû à la propagande des médecins et des sages-femmes en faveur de l'allaitement par les mères.

Quoi qu'il en soit, l'œuvre des pouvoirs publics est certainement considérable en ce domaine et de nombreux cantons ou communes accordent aux mères des indemnités supplémentaires d'un taux relativement important.

Pour **l'assurance-tuberculose**, le rapport donne enfin les renseignements suivants:

à fin 1942, c'est-à-dire avant la publication de l'ordonnance régissant actuellement l'assurance-tuberculose, 1.453.702 personnes étaient assurées contre la tuberculose. Il fut accordé à 9.211 assurés des prestations pour 1.238.688 jours de soins représentant au total 3,510.650 Frs. (somme dans laquelle la part de la Confédération entre pour 757.105 Frs.).

Diverses caisses ont volontairement décidé de porter la période de soutien à 720 jours au lieu de 540 jours dans une période de cinq années.

En résumé, le chemin parcouru semble loin d'être négligeable. Et on peut constater que l'assurance-maladie qui, dans sa forme obligatoire, avait été condamnée par la Nation Suisse le 20 Mai 1900,

a réussi à s'imposer et qu'elle est devenue un soutien précieux des classes laborieuses.

TITRE II^ème — L'ASSURANCE-ACCIDENTS

PRÉAMBULE. —

Principes dont s'est inspiré le législateur de 1911 en ce qui concerne l'assurance-accidents. —

Le législateur de 1911 a renoncé à imposer l'obligation de l'assurance-maladie. Mais il a créé l'assurance-accidents obligatoire. Dans les entreprises assujetties, celle-ci jouera pleinement dans le cadre de la responsabilité civile, mais la loi lui donne même des attributions plus étendues, puisqu'elle s'applique à tous les genres d'entreprises et non aux seules fabriques, à la seule condition que l'organisme habilité par le Conseil Fédéral en ait décidé ainsi et que la dite entreprise emploie au moins un ouvrier ou un employé. (la loi sur la responsabilité civile du 26 avril 1887 ne s'appliquait qu'à l'égard des fabriques employant plus de cinq ouvriers en moyenne).

Le mécanisme de l'assurance-accidents apparaît ainsi extrêmement simple :

— Une loi crée l'assurance-accidents.

— Elle charge un organisme déterminé de désigner les entreprises assujetties à cette assurance en se basant sur les directives qu'elle donne.

— Sera donc au bénéfice de l'assurance, tout employé ou ouvrier occupé dans une entreprise assujettie.

La deuxième partie de la loi de 1911 est beaucoup plus radicale que la première. Les raisons qui militaient en faveur de l'assurance volontaire dans le cas de maladie n'étaient pas valables pour l'assurance-accidents. Le Conseil Fédéral ne faisait en somme que remplacer l'ancienne responsabilité civile des fabricants, d'une part, et d'autre part, entre l'employeur et l'employé, la responsabilité des entreprises de transport.—

En consacrant l'assurance obligatoire dans le domaine où il importait qu'elle exerçât au plus tôt ses bienfaits, les conseillers fédéraux ont voulu laisser également un champ d'activité à l'assurance volontaire. L'esprit dans lequel ils ont rédigé les articles ayant trait à cette question indique assez qu'il était un but lointain plus ambitieux que le but immédiat que la loi s'efforçait de réaliser.

L'Assemblée fédérale se voyait chargée de fixer les conditions de l'assurance volontaire et de l'assurance volontaire des tiers. Elle serait à même, de cette manière, d'encourager, le moment venu un

plus grand nombre de citoyens helvétiques à prendre de leur chef et sans y être contraints, des garanties utiles contre les risques d'accidents.

Mais un projet soumettant à l'approbation des élus suisses, les arrêtés nécessaires à la mise en vigueur des principes posés devait échouer en 1923 devant l'hostilité des deux Conseils.

Nota: **Nous n'envisagerons pas la prévention des accidents organisée par la loi, mais qui n'entre pas dans le cadre du sujet.**

Nous étudierons les dispositions de la loi du 13 juin 1911 dans le domaine de l'assurance-accidents en indiquant:

— le rôle des Pouvoirs publics dans l'organisation de l'assurance-accidents.

— l'organisation de la Caisse Nationale suisse d'assurance en cas d'accidents.

— les conséquences de l'assujettissement à l'assurance-accidents pour les entreprises.

— les conséquences de l'assujettissement à l'assurance-accidents pour le personnel des entreprises.

— le règlement des litiges.

En annexe, nous étudierons sommairement l'ébauche tracée par la Loi d'un régime d'assurance-volontaire dans le cadre de la Caisse Nationale.

§ 1er — ROLE DES POUVOIRS PUBLICS DANS L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE-ACCIDENTS

1. La Confédération crée „La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents" —

En vertu de l'article 41, une „Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents" est créée par la Confédération.

Nous aurons à parler des attributions de cette caisse nationale. Ce qui est intéressant, à propos du rôle joué par les pouvoirs publics dans l'organisation de l'assurance-accidents, c'est l'apparition d'un organe dû à l'initiative des autorités fédérales. Il s'agit d'une émanation de la Confédération. Elle désigne elle-même comme assureur un organe qui exercera certaines attributions d'ordre public: elle lui accorde, nous le verrons, une large autonomie et des pouvoirs étendus, mais il ne faut pas perdre de vue que nous sommes tout simplement en présence d'un organe de la Confédération s'administrant lui-même.

Rien d'étonnant à ce que ce soit le Conseil Fédéral qui nomme les membres du Conseil d'administration selon les règles fixées par

l'article 43 et que la direction elle-même soit désignée par le Conseil Fédéral (sans que ce dernier soit lié par la présentation faite par le Conseil d'administration).

2. **Les autorités fédérales contrôlent l'activité de la caisse nationale.—**

L'article 50 alinéa 1er dit que la caisse est placée sous la **haute surveillance** du Conseil Fédéral et l'alinéa 2ème nous apprend que:

— „la caisse nationale soumet ses règlements organiques et ses rapports et comptes annuels à l'approbation du Conseil Fédéral".

Le droit d'approbation permet au Conseil Fédéral de s'assurer de la validité et aussi de se faire juge de l'opportunité des décisions de la caisse.

Il est exercé à l'intérieur du Département de l'Économie Publique par l'office Fédéral des Assurances Sociales, le recours devant le Conseil Fédéral demeurant possible en dernière instance.

3. **La Confédération encourage financièrement l'assurance-accidents.**

A. — SUBSIDES FÉDÉRAUX

— 1. **pour la CRÉATION** de la caisse nationale: la Confédération prend à sa charge les frais faits par la Caisse Nationale avant le commencement de l'opération à l'exception des frais d'acquisition d'immeubles et des frais d'aménagement desdits immeubles.

— 2. **pour l'ADMINISTRATION** de la caisse: la Confédération fournit à la Caisse Nationale un capital de cinq millions de francs pour la création d'un fonds de réserve — elle lui accorde aussi un fonds de roulement de cinq millions de francs [1] (en précisant que la contre-valeur de ce fonds de roulement doit figurer aux comptes annuels). En outre, le quart des frais d'administration [2] eux-mêmes est remboursé par la Confédération à la Caisse nationale (art. 51).

B. — FRANCHISE ET EXEMPTIONS

La franchise postale est accordée pour la correspondance du conseil d'administration et de la direction et pour celle des agences, adressée par celles-ci à la Caisse nationale (à condition qu'elle ait trait à l'assurance-accidents) (art. 52).[3]

[1] L'O.F.A.S. a bien voulu nous préciser que: le fonds de roulement de 5 millions de francs a servi au paiement d'allocations de renchérissement aux rentiers de la Caisse Nationale dans les années 1942 et suivantes.—

[2] La contribution de la Confédération aux frais d'administration de la Caisse Nationale a été réduite à un huitième pour l'année 1934; elle est entièrement supprimée depuis 1939.—

[3] La franchise postale a pris fin avec la promulgation de la Loi du 2 octobre 1924 sur le service des Postes fédérales.

La Confédération accorde également à la Caisse Nationale **une exemption d'impôts** à laquelle seule peut faire échec la non-affectation de la fortune immobilière de la caisse au service de l'assurance, et **une exemption de droits pour les actes** „ directement destinés au service de la Caisse nationale ".

C. — SUBSIDES SPÉCIAUX ACCORDÉS PAR ACCIDENT

La Confédération paie le quart des primes pour les accidents non professionnels[1]) (les trois autres quarts étant à la charge de l'assuré). C'est la Caisse Nationale qui est provisoirement chargée d'évaluer le montant du subside fédéral pour une année entière. Le subside est perçu d'avance. Après la fin de l'année, le calcul définitif est fait d'après le total effectif des primes pour les accidents non professionnels et il est procédé, s'il y a lieu, à perception complémentaire ou à compensation. (Art. 108 al. 2ème, 113 et 114).

§ 2 — ORGANISATION DE LA CAISSES NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS

La „ Suisse Economique et Sociale " dit qu'il faut voir en la Caisse Nationale d'Assurances en cas d'accidents " un organe de la Confédération s'administrant lui-même ":

a) — **UN ORGANE DE LA CONFÉDÉRATION** parce qu'elle est une création de la Confédération qui lui fixe un **but**: pratiquer l'assurance-accidents et une **méthode,** le principe de la mutualité, parce que les autorités interviennent dans la fixation de son siège, dans la nomination de sa direction et de son Conseil d'Administration, qu'elles exercent sur elle leur „ haute surveillance " et qu'elles participent financièrement aux frais de l'entreprise. On peut dire que la Caisse Nationale **exerce, en vertu de la loi et sous le contrôle de la Confédération, certaines attributions d'ordre public.**

b) — **S'ADMINISTRANT ELLE-MÊME** nous allons le voir en nous attachant un instant à la description de l'organisation de la Caisse.

L'article 41 de la Loi affirme que la Caisse nationale est " de plein droit personne morale ". C'est pour son **propre compte** que l'organe créé va exercer dans le cadre déterminé par la loi l'activité en vue de laquelle il a été fondé.

Les attributions des différents organes de la Caisse Nationale sont tracées à grands traits. Nous les étudierons en envisageant les rôles respectifs du Conseil d'Administration et de la Direction.

[1]) La contribution de la Confédération pour les années 1946 à 1949 est d'un million de francs (la participation de la Confédération avait été sensiblement réduite dès 1936 et complètement supprimée à partir de 1938). (Renseignement fourni par l'O.F.A.S.)

1. Le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration comprend douze représentants des assurés obligatoires, seize représentants des chefs d'entreprises privées occupant des assurés obligatoires, quatre représentants des assurés volontaires et huit représentants de la Confédération, tous nommés pour six ans par le Conseil Fédéral après consultation des associations professionnelles les plus importantes.

Le Conseil d'Administration se constitue en commissions. Il existe une **commission technique et une commission administrative qui se** partagent la tâche: **leurs attributions et leur composition sont fixées par des règlements du Conseil d'Administration.**

— 1) C'est le Conseil d'Administration qui **édicte les règlements organiques de la Caisse Nationale.**

— 2) C'est le Conseil d'Administration qui **fixe lui-même les classes** et les degrés de risques. Il fixe également les **tarifs des primes et les bases des réserves mathématiques** (les associations professionnelles les plus importantes sont appelées, à leur demande, à donner leur préavis à ce sujet).

— 3) Le Conseil d'Administration **statue sur les recours en matière de classement des entreprises et des assurés.** (Ce classement est établi par la direction selon les principes généraux posés par la loi).

— 4) Les caisses-maladie pouvant être appelées à participer au service de l'assurance-accidents en qualité d'**agences** dans leur rayon local, l'art. 44h prévoit que le Conseil d'Administration **règle le concours des caisses-maladie.**

De lourdes obligations pourront être imposées de la sorte aux caisses-maladies:

CONCOURS DES CAISSES MALADIE A L'ASSURANCE-ACCIDENTS

Sous leur responsabilité, les caisses-maladie peuvent être chargées impérativement par la Caisse Nationale:

— de **représenter la Caisse Nationale** pour l'encaissement des primes et le service des prestations assurées

— de donner leur **avis** — de procéder aux **enquêtes** — d'exercer la **surveillance** en cas d'accident (art. 54 al. 1 et 2)

(Les frais faits par les caisses-maladie à l'occasion de leur concours sont couverts par la Caisse Nationale qui peut également leur allouer une provision après en avoir référé au Conseil Fédéral)

— de **servir** dans le rayon où elles déploient leur activité (régions,

professions, entreprises) les prestations assurées par la Caisse nationale (soins médicaux et pharmaceutiques et indemnité de chômage)

L'opération qui consiste, pour la Caisse Nationale à provoquer la collaboration des caisses-maladie est dénommée „ TRANSFERT " par l'art. 55.

Une **durée limite** est fixée: le transfert ne peut être effectué que **pour les six premières semaines** qui suivent l'accident.

— La Caisse nationale doit s'adresser **de préférence** aux caisses-maladie dont les intéressés sont membres.

— Elle doit céder aux caisses-maladie la part correspondante des primes et des prestations de la Confédération qu'elle a perçues (c'est le Conseil Fédéral qui établit lui-même sur proposition de la Caisse nationale, les représentants des caisses-maladie entendus, les tarifs applicables dans ce domaine).

La Caisse nationale supporte pendant les trois premières années qui suivent le transfert, les trois-quarts des pertes subies par les caisses-maladie et dans la suite le tiers des pertes calculées par périodes de trois ans.

Pour exercer le rôle qui leur est dévolu, les caisses-maladie jouissent pendant la période déterminée des compétences de la Caisse Nationale, sous la réserve que cette dernière conserve un droit de surveillance. Les caisses-maladie doivent ainsi "aviser sans retard la caisse nationale de toute contestation entre elle et l'assuré ou des tiers". Elles peuvent aussi se voir retirer le service des prestations et ce, à n'importe quel moment (dans ce cas, les caisses-maladie doivent rembourser à la Caisse Nationale, non pas la part des primes afférentes au service et déjà versées, mais les dépenses qu'elles eussent dû engager pour exécuter ou achever l'engagement pris en contre-partie).

Il peut arriver que la caisse ne veuille pas accepter le transfert: dans ce cas elle peut, dans un délai de 20 jours à compter de la réception de l'avis de transfert, s'adresser au Conseil Fédéral qui est juge des recours présentés contre de telles décisions de la Caisse Nationale.

Telles sont les règles énoncées par les articles 55 à 59 inclus en ce qui concerne le transfert. Dans la pratique, les dispositions de la loi n'ont pas été mises en vigueur. Les difficultés auxquelles devaient se heurter la collaboration des caisses-maladie dans ce domaine, d'autre part le bon fonctionnement de la Caisse Nationale ont déterminé les dirigeants de l'Assurance-Accidents à assurer toujours eux-mêmes le service de l'assurance. Et les caisses-maladie, bien que garanties en partie par la participation aux risques assumés par

la Caisse Nationale, n'ont pas été les dernières à se réjouir de cette solution qui préservait leur indépendance. Même en ce qui concerne les paiements de rente et l'encaissement des primes, il apparut que d'autres organes, notamment les services postaux, étaient mieux à même de seconder utilement la Caisse Nationale. Quant aux enquêtes, avis et mesures de surveillance, on devait constater que la plupart des administrateurs éphémères et sans connaissances techniques des caisse-maladie, n'était pas en mesure de les effectuer avec fruits. En résumé, cette attribution du Conseil d'Administration n'a pas joué jusqu'ici: le Service de l'Assurance-Accidents est entièrement aux mains de la Caisse Nationale.

— 5) Le Conseil d'Administration fixe le **budget** annuel des frais d'administration, il examine et approuve les **rapports** et **comptes** annuels. Nous savons que les rapports et comptes annuels doivent être soumis d'autre part à l'approbation du Conseil Fédéral.

— 6) Le Conseil d'Administration **surveille la marche de la Caisse Nationale.** Il exerce donc la même fonction dans ce domaine que le Conseil Fédéral: mais une hiérarchie est malgré tout établie du fait que la Loi parle dans le deuxième cas seulement de „haute surveillance".

— 7) Le Conseil d'Administration **présente ses propositions au Conseil Fédéral pour les nominations aux fonctions directoriales.** Le Conseil Fédéral n'est pas lié par cette présentation.

Nota: Le Conseil d'Administration est encore doté d'attributions pour l'assurance-volontaire que nous étudions ci-dessous et pour la prévention des accidents qui n'est pas envisagé dans cet exposé.

„La Direction gère et représente la Caisse Nationale." C'est elle qui fait donc fonctionner de manière générale la Caisse Nationale et elle est, pour ce faire, douée des attributions de tout chef d'entreprise. Aussi la loi s'est-elle contentée de la formule générale reproduite ci-dessus sauf pour la gestion financière où elle fixe certains principes comptables et pour l'ouverture des agences.

I — GESTION COMPTABLE

1) La Caisse nationale doit tenir des **comptes distincts** pour quatre branches d'assurance,

Pour l'assurance obligatoire

A — accidents professionnels de l'assurance obligatoire

— accidents non professionnels de l'assurance obligatoire

Pour l'assurance volontaire

B — assurance volontaire

— assurance volontaire de tiers

Les frais d'administration (moins la part incombant à la Confédération) sont „répartis entre ces différents comptes au prorata des primes et du subside fédéral encaissés par chaque branche"

Le solde de l'exercice est „réparti entre les comptes au prorata des primes et du subside fédéral encaissés pour chaque branche„. (déduction faite des sommes allant à un fonds de réserve)

2) Le **crédit** comprend { les primes / les subsides fédéraux

Le **débit** comprend { — les prestations assurées (y compris les réserves pour sinistres non liquidés) / — l'intérêt des sommes prélevées sur le fonds de réserve / — les parts des primes versées aux caisses-maladie / — les contributions aux pertes en cas de transfert

(Ces deux derniers éléments du passif n'interviennent pas en fait, les caisses-maladie n'ayant pas été appelées à concourir au service de l'assurance-accidents).

L'art. 48 al. 3ème précise qu'il faut comprendre dans le montant des prestations figurant au passif, la valeur actuelle de toutes les dépenses qui, selon les probabilités, incomberont à la caisse du fait des accidents survenus jusqu'à la fin de l'exercice, les probabilités étant déterminées selon le système des réserves mathématiques.

3) Un **fonds de réserve** est créé comprenant, outre la dotation fédérale de 5 millions de francs, des versements annuels dont le Conseil d'Administration fixe le montant sous forme de quote-part des primes et du subside fédéral encaissés pour chaque branche la quote-part est la même dans chaque branche). Une limite est fixée à ces versements: on calcule la moyenne des primes et du subside fédéral encaissés pendant les cinq dernières années dans les quatre branches. Si le fonds de réserve atteint ou dépasse la moitié de cette somme, les versements au fonds de réserve cessent.

Chaque branche d'assurance est tenue de rembourser les sommes prélevées en sa faveur sur le fonds de réserve, dans les délais fixés par le Conseil d'Administration.

II — OUVERTURE DES AGENCES —

L'article 46 dit simplement:

„La Caisse nationale ouvre des agences dans les diverses parties du pays; chaque canton a **droit** à une agence. Les agents représentent la caisse nationale dans les limites de leurs attributions".

En fait, une large décentralisation a été introduite par la création d'agences d'arrondissements se répartissant l'ensemble du territoire helvétique. Elles règlent toutes les affaires courantes et donnent les directives aux agences locales. Mais, si elles sont compétentes pour dresser la liste des entreprises assujetties, elles ne peuvent statuer sur le principe même de l'assujettissement, celui-ci relevant de la Direction à laquelle la Loi a confié le soin de la gestion.

§ 3 — LES CONSÉQUENCES POUR LES ENTREPRISES DE L'ASSUJETTISSEMENT A L'ASSURANCE-ACCIDENTS.

L'assujettissement à l'assurance-accidents est de la compétence de la direction de la Caisse Nationale. Est-ce à dire que la Direction

ait toute latitude pour imposer aux entreprises l'affiliation de leur personnel sans tenir compte d'aucun facteur spécial? Non: l'art. 60 énumère les catégories de personnes obligatoirement soumises à l'assurance, à la seule condition qu'elles soient **occupées en Suisse** (toutefois l'assuré reste au bénéfice de l'assurance-même quand il est passagèrement employé à l'étranger, **s'il ne change pas d'employeur.** A l'inverse, l'employé ou l'ouvrier passagèrement occupé en Suisse, **pour le compte d'une entreprise étrangère,** n'est pas assuré). Sont soumis à l'assurance-accidents:

1) — tous les employés et ouvriers des exploitations soumises à la Loi Fédérale du 23 mars 1877 sur le travail dans les fabriques —

(ici, on ne distingue pas selon le genre d'exploitation: il y a assujettissement du seul fait de l'appartenance à une „fabrique„ au sens de la loi du 23 mars 1877: „tout établissement industriel qui occupe plusieurs ouvriers hors de leur logement, soit dans les locaux de l'établissement et sur les chantiers qui en dépendent, soit au dehors à des travaux en corrélation avec l'exploitation industrielle". (une ordonnance d'exécution s'est employée à préciser cette notion).

2) — tous les employés et ouvriers des entreprises de chemin de fer, de bateaux à vapeur, de la poste, de celles qui produisent, emploient ou ont en dépôt des explosifs, et des entreprises qui ont pour objet l'industrie du bâtiment, le voiturage par terre et par eau et le flottage - la pose et la réparation de lignes téléphoniques et télégraphiques, le montage et le démontage de machines et l'exécution d'installations de nature technique, la construction de chemins de fer, tunnels, ponts, routes, les travaux hydrauliques, le creusage de puits et galeries, les travaux de canalisation et l'exploitation de mines, carrières et gravières.

C'est donc le risque spécial inhérent aux travaux qui a fait classer ces exploitations dans la liste des entreprises assujetties.

Toutes les entreprises appartenant à ces catégories doivent donc **obligatoirement,** faire assurer leur personnel auprès de la Caisse Nationale.

La loi précise qu'il faut assimiler les fonctionnaires aux employés et les apprentis volontaires et stagiaires aux ouvriers pour l'application de l'assurance obligatoire.

L'article 16 de la Loi Fédérale du 18 juin 1915 complétant la Loi Fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accident, autorise par ailleurs le Conseil Fédéral à déclarer l'assurance-accidents obligatoire dans les cas suivants:

1) — **entreprises qui, à titre professionnel, produisent, transforment ou distribuent l'énergie électrique**

2) — entreprises qui, à titre professionnel, produisent, emploient en grande quantité ou ont en dépôt en grande quantité des **matières explosives** ou dangereuses pour la santé. (Le Conseil Fédéral dresse un état des substances dont la production ou l'emploi engendre certaines maladies graves. Est assimilée à un accident, au sens de la présente loi, toute maladie exclusivement ou essentiellement dûe à l'action d'une de ces substances dans une entreprise soumise à l'assurance - art. 68 - Loi Fédérale du 13 juin 1911). Quel sens donner à l'expression **«à titre professionnel»**: un exemple donné par la Suisse Economique et Sociale (1) fait comprendre avec clarté les intentions du législateur: l'assurance obligatoire pour le personnel employé dans l'industrie du bâtiment vise aussi bien la fabrication de pièces détachées que l'érection, la démolition, les modifications (fenêtres, serrures, p. ex.), mais non la fabrication des meubles ou des tentures.

3) — entreprises **industrielles ou commerciales** faisant usage d'installations ou de machines dangereuses ou celles qui sont en corrélation directe avec l'industrie des transports.

4) — parties **d'entreprises mixtes** et **entreprises auxiliaires** ou accessoires d'entreprises assujetties.

La Suisse Economique et Sociale (2) fait remarquer qu'il eut souvent été excessif d'assujettir toute entreprise à l'assurance quand une partie de l'exploitation n'entre absolument pas en contact avec les risques qui ont provoqué l'assujettissement.

L'art. 60 ter contenu dans le même article 16 de la Loi Fédérale du 18 juin 1915 autorise le Conseil Fédéral, chargé de désigner de façon précise les catégories d'entreprises ou d'exploitations dont les employés et ouvriers sont assurés obligatoirement, à fixer dans ces dispositions, la **délimitation** entre les entreprises et **parties d'entreprises** assurées et celles qui ne le sont pas.

Il est évidemment indispensable, pour que le Conseil Fédéral puisse diversifier les différentes parties de l'entreprise au regard de la Loi sur l'assurance-accidents, que le personnel occupé dans chaque partie d'entreprise soit nettement séparé.

L'ordonnance I établissant les dispositions d'exécution de la loi de 1916 distingue deux cas:

A — **entreprise principale comportant des entreprises auxiliaires ou accessoires;** dans ce cas „l'auxiliaire suit le principal". Les entreprises auxiliaires ou accessoires seront soumises à l'assurance obligatoire si l'entreprise principale y est assujettie. Elles ne le seront pas dans le cas contraire,

1) Tome I page 720
2) „ I „ 716

à moins qu'il n'y ait assujettissement à la loi sur les fabriques ou exploitation séparée, c.-à-d. revenu particulier pour le chef de maison, personnel et installations spéciaux ou enfin, que l'exploitation occupe régulièrement au moins cinq personnes.

B — **entreprises mixtes** (plusieurs branches d'entreprises exploitées côte à côte)

Dans ce deuxième cas, l'entreprise est assujettie dans son ensemble si l'une des branches doit l'être. La Suisse Economique et Sociale donne, entre autres exemples, celui de l'exploitation simultanée d'un chemin de fer de montagne et d'un hôtel. (La règle ne joue pas si les branches soumises à l'assurance ont un personnel distinct).

5) — **travaux exécutés en régie par des administrations publiques** ou par des établissements analogues (cette faculté n'est mise en oeuvre par le Conseil Fédéral que pour les travaux d'une certaine importance sauf s'il s'agit de travaux forestiers: dans ce dernier cas, l'assurance obligatoire est toujours prescrite.

6) — **travaux importants exécutés par des particuliers pour leur compte** sans avoir le caractère d'une d'entreprise, s'ils appartiennent aux catégories suivantes prévues par l'art. 60: celles qui ont pour objet l'industrie du bâtiment, le voiturage par terre et par eau et le flottage, la pose et la réparation de lignes téléphoniques et télégraphiques, le montage et le démontage de machines et exécution d'installations de nature technique, la construction de chemins de fer, tunnels, ponts, routes, travaux hydrauliques, creusage de puits et galeries, les travaux de canalisation et exploitation de mines, carrières et gravières, la production, l'emploi ou le dépôt d'explosifs.

* * *

En pratique, l'assujettissement atteint presque toute l'industrie et une partie des entreprises commerciales. Les entreprises agricoles par contre, ne sont pas soumises à l'assurance-accidents obligatoire.

PROCÉDURE DE L'ASSUJETTISSEMENT. — décision d'assujetissement

La décision d'assujetissement a un caractère déclaratif puisqu' elle est prise conformément à une prescription légale ordonnant l'assurance-accidents obligatoire pour le personnel de certaines catégories d'entreprises. Le Conseil Fédéral a, conformément à l'article 60 ter de la Loi Fédérale du 18 juin 1916, déterminé la procédure d'assujettissement.

— C'est la Caisse Nationale qui prononce, après enquête ou sur avis de l'employeur ou d'un tiers, l'assujettissement obligatoire, et précise, s'il y a lieu, l'étendue de cet assujettissement.
(pour les entreprises répondant à la définition des fabriques au sens de la loi de 1877, une décision d'assujettissement n'est pas nécessaire. Mais l'étendue de l'assujettissement doit être éventuellement précisée),

Recours contre la décision relative à l'assujettissement. —

L'employeur (ou son représentant) les ouvriers ou toute personne ayant demandé l'assujettissement peuvent exercer un recours contre les décisions relatives à l'assujettissement ou à l'extention de celui-ci, ou à des mesures organisant la rétroactivité (ce qui est possible sous certaines conditions). Le recours est porté dans le délai de 10 jours après la notification de la décision devant l'Office Fédéral des Assurances Sociales dont les décisions peuvent elles-mêmes faire l'objet de recours devant le Conseil Fédéral. (1)

La Caisse Nationale sera avisée de l'ouverture ou de la cessation d'exploitation de l'une des entreprises assujetties par l'employeur ou son représentant. (si l'employeur néglige de faire la déclaration d'ouverture d'entreprise, il sera tenu de payer des primes doubles pour les accidents professionnels - les primes pour les accidents professionnels continueront à être dûes en cas de retard inexcusable, jusqu'au moment de l'avis).

Les dirigeants des entreprises assujetties doivent - en vertu de l'article 64: — tenir à jour et en bon ordre les listes de paie donnant, pour chaque employé ou ouvrier de l'entreprise, des renseignements exacts sur le mode d'occupation, le salaire et le nombre des jours de travail.

— donner, à toute réquisition, aux mandataires de la Caisse Nationale, des renseignements complémentaires sur tout ce qui intéresse l'assurance et leur remettre les listes de paie, ainsi que toutes autres pièces servant à les vérifier.

L'alinéa 3 de l'article 64 veille à ce que toute facilité soit donnée aux mandataires pour l'exécution de leur mission; ils doivent avoir libre accès durant les heures de travail à tous les ateliers et chantiers de l'entreprise. En revanche, le secret est préservé: les mandataires sont tenus à une discrétion absolue sur toutes leurs observations qui ne concernent pas l'assurance.

Règles applicables en cas d'accidents. —

Aussitôt avisé de l'accident par l'assuré ou ses ayants-droit,

(1) L'article 99 - Ch. X de la Loi Fédérale d'Organisation Judiciaire du 16 décembre 1943 attribue au Tribunal Fédéral l'examen des recours contre les décisions de l'Office Fédéral.

l'employeur délivre une attestation indiquant la date de l'avis d'accident qui lui a été fait.

Il prévient aussitôt la Caisse Nationale des accidents survenus et fait procéder à l'inscription de l'accident sur un registre tenu à jour à cet effet, dans chaque entreprise.

Inobservation de ces règles. —

Si le chef d'entreprise ou son représentant refuse l'attestation d'accident, l'avis d'accident pourra être donné sans frais aux autorités locales qui transmettront à la Caisse Nationale.

Si l'employeur, par négligence, ne fait pas la déclaration d'accidents que la loi lui impose, il peut être tenu de rembourser à la Caisse Nationale les prestations dûes antérieurement à la déclaration (et il peut même être rendu responsable du dommage causé à la Caisse Nationale par le retard).

PRIMES. —

Les primes pour les accidents professionnels sont à la charge de l'employeur; une convention particulière entre l'employeur et l'assuré ne saurait déroger à cette règle et devrait être considérée comme nulle.

C'est l'employeur qui verse directement à la Caisse Nationale les primes pour l'assurance contre les accidents professionnels.

Les primes pour les accidents non professionnels sont à la charge de l'assuré pour les trois quarts et de la Confédération pour un quart.

Elles sont dûes par l'employeur à la Caisse Nationale en ce qui concerne la part mise à la charge des assurés. L'employeur retient sur les salaires le montant des primes pour les accidents non professionnels; il doit exercer cette retenue sur le salaire de la période afférente ou sur celui de la période faisant suite immédiatement.

C'est la Caisse Nationale qui porte par écrit à la connaissance de l'employeur, le montant provisoire des primes qui est dû d'avance et pour une année entière. L'employeur paie les primes d'avance dans le délai d'un mois après cette notification et au plus tard au commencement de l'année d'assurance.

Il est loisible à l'employeur d'obtenir l'autorisation de se libérer par **paiements échelonnés** (semestriels ou trimestriels ou exceptionnellement mensuels) moyennant, déclare l'art. 110 al. 2 ème, une „majoration convenable".

L'employeur peut être obligé par la Caisse Nationale à effectuer „un paiement intermédiaire" s'il apparaît, en cours d'exercice,

que le montant définitif des primes exigibles sera notablement supérieur à l'évaluation provisoire qui avait été faite (art. 111).

Les listes de paie permettront, en fin d'exercice, de calculer de manière définitive le montant des primes. L'employeur perd tout droit à contestation si, ses listes ne permettant pas de constatations sûres, la Caisse Nationale doit avoir recours à d'autres moyens de renseignement (perception complémentaire ou compensation seront effectuées, s'il y a lieu, lors du plus prochain paiement provisoire).

A — En ce qui concerne la fixation des **primes pour les accidents professionnels,** les entreprises sont réparties en classes de risques, elles-mêmes subdivisées en degrés de risques (il y a actuellement sept degrés par classe). Il est tenu compte dans cette répartition en classes et en degrés de toutes les circonstances qui influent sur les risques et notamment des mesures préventives susceptibles de diminuer les risques d'accidents.

L'art. 103 alinéa 1 er dispose:
„d'office ou à la demande de l'employeur ou de son représentant et suivant les expériences faites, la direction peut, un mois au plus tard avant le commencement d'un exercice, attribuer une entreprise, à partir de l'exercice suivant, à une autre classe ou à un autre degrés de risques".

Si les mesures préventives imposées par l'article 65 ne sont pas prises par l'employeur, la direction de la Caisse Nationale peut, à tout moment, attribuer l'entreprise à un degré de risques plus élevé et elle peut même donner un effet rétroactif à cette mesure.

S'il y a, en cours d'exercice, accroissement des risques d'accidents, l'employeur ou son représentant, doit en aviser dans les huit jours la Caisse Nationale, laquelle révise l'attribution à une certaine classe ou à un certain degré et attribue l'entreprise à une nouvelle classe ou à un nouveau degré. Elle peut donner effet rétroactif à cette mesure.

Enfin, l'art. 103 prévoit encore que le retard dans les avis imposés à l'employeur ne dispense pas du paiement des primes. S'il s'agit d'une négligence inexcusable, les primes sont doublées durant le retard.

Notification des décisions de classement ou de reclassement est faite à l'employeur ou à son représentant. Un recours, sans effet suspensif pour le paiement des primes, peut être porté dans le délai de 20 jours à compter de la notification, devant le Conseil d'Administration de la Caisse Nationale. Une fois définitive, les décisions de classement lient les tribunaux.

B) — **La fixation du taux des primes pour les accidents non**

professionnels se fait selon des règles semblables, mais ce sont les assurés eux-mêmes qui font l'objet du classement. La notification du classement est faite à l'employeur qui en donnera communication aux assurés.

Le droit de demander un nouveau classement et de former un recours appartient à l'assuré et non à l'employeur, ce qui va de soi puisque c'est l'assuré lui-même qui paie 75 % de la prime afférente à l'assurance contre les accidents non professionnels (les 25 % restants étant à la charge de la Confédération).

L'art. 107 pose les principes qui doivent présider à la fixation des tarifs des primes:

„pour chaque classe ou degré de risques, les tarifs indiquent le montant des primes en proportion du gain (taux de la prime).

Les taux des primes doivent être fixés de telle sorte que chaque classe ou degré de risques fournisse en primes un montant présumé égal à celui des dépenses que cette classe ou ce degré causera à la Caisse Nationale.

En fonction des constatations faites, il est loisible à la Caisse Nationale de modifier les tarifs des primes deux mois avant la fin de l'exercice. Les nouveaux tarifs sont applicables dès l'exercice suivant".

§ 4 — LES CONSÉQUENCES POUR LES ASSURÉS DE L'ASSUJETTISSEMENT A L'ASSURANCE-ACCIDENTS.

1. OBLIGATIONS A LA CHARGE DES ASSURÉS

PRIMES DUES. —

L'assuré doit à la Caisse Nationale les trois quarts de la prime pour l'assurance en cas d'accidents non professionnels. Cette somme est retenue par l'employeur sur le salaire de l'assuré. C'est l'employeur qui fait parvenir toutes les primes à la Caisse Nationale, que ce soit pour l'assurance en cas d'accidents professionnels ou pour l'assurance en cas d'accidents non professionnels. Mais l'employeur est lui-même redevable de toute la prime pour l'assurance en cas d'accidents professionnels et l'assuré n'a donc aucune charge dans ce domaine.

AVIS EN CAS D'ACCIDENT. —

L'assuré victime d'un accident qui est suivi ou sera probablement suivi de maladie ou d'invalidité doit en aviser son employeur (ou son représentant). Ce sont les ayants-droit à une rente en cas de décès qui exécuteront cette obligation si l'accident est suivi de mort. L'employeur fait toutes les autres formalités. Il **doit** notam-

ment délivrer à l'assuré une attestation. Il s'agit là d'un véritable droit pour l'assuré puisqu'en cas de refus, l'avis sera donné par l'assuré aux autorités locales qui le transmettront à la Caisse Nationale.

L'article 69 dit que l'avis doit être donné „sans retard". L'article 70 tire la conséquence de cette prescription en déclarant déchus partiellement ou totalement de leurs droits antérieurs à l'avis, les assurés ayant négligé de donner en temps opportun l'avis d'accident. Il fixe même un **délai limite** de 3 mois après l'accident ou le décès, délai au-delà duquel l'assuré, ou ses ayants-droit ne seront plus recevables à réclamer une prestation quelconque.

Les assurés doivent observer toutes les prescriptions de l'assurance en vue de leur traitement. En cas de négligence inexcusable, ils peuvent se voir priver pour l'avenir de tout ou une partie des prestations assurées.

2. DROIT DES ASSURÉS

PROCÉDURE APRÈS ACCIDENT. —

L'assuré ou ses survivants peuvent faire provoquer les constatations nécessaires bien que la Caisse Nationale, au besoin avec l'aide des autorités cantonales, fasse procéder à l'enquête (art. 71 al. 1 er.)

L'assuré peut demander communication du dossier (art. 71 al. 2 ème).

DROIT AUX PRESTATIONS. —

C'est la date du commencement du travail qui est prise en considération pour la détermination du droit aux prestations.

L'art. 62 prévoit que c'est **dès que** l'ouvrier ou l'employé a commencé son travail **en vertu de l'engagement** que l'assurance déploie ses effets. Ce n'est que le surlendemain du jour où le droit au salaire prend fin que l'assurance se termine (l'assuré peut, par convention spéciale avec la Caisse Nationale, prolonger l'assurance au-delà du terme).

L'assuré a droit aux prestations en cas d'accident professionnel et en cas d'accident non professionnel. La loi précise le sens qu'il convient de donner à ces deux expressions:

Art. 67 „est réputée **accident professionnel** toute lésion corporelle subie par un assuré:

a — au cours d'un travail exécuté par lui sur l'ordre du chef de l'entreprise soumise à l'assurance ou de ses représentants

b — au cours d'une activité déployée par l'assuré dans l'intérêt direct ou indirect de l'entreprise et avec l'assentiment présumé

de l'employeur ou de ses représentants

c — au cours d'une interruption du travail, de même qu'avant ou après le travail, si l'assuré se trouvait, sans faute de sa part, dans les locaux, sur les chantiers ou dans la zone dangereuse de l'entreprise".

„Est réputée **accident non professionnel toute autre lésion corporelle** résultant d'un accident".

Une restriction peut être apportée par la Caisse Nationale à l'étendue de l'acception donnée au terme „accident non professionnel". Il lui est loisible de ne pas assurer „les dangers extraordinaires et les entreprises téméraires . . . "

Si l'assuré est victime d'un accident dans les conditions ainsi définies, il a droit aux prestations. Toutefois, la loi prévoit le cas de **faute** de l'assuré: **s'il a causé intentionnellement l'accident** (ou si le survivant l'a intentionnellement causé) il y a déchéance de tous droits aux prestations assurées, exception faite des frais funéraires. S'il a commis une **faute grave**, les prestations assurées, autres que les frais funéraires, sont réduites proportionnellement.

NATURE DES PRESTATIONS. —

La loi envisage trois cas:

— l'accident est suivi de maladie
— l'accident est suivi d'invalidité permanente
— l'accident est suivi de mort

1) L'ACCIDENT EST SUIVI DE MALADIE

SOINS. —

L'assuré a droit pendant toute la durée de la maladie résultant de l'accident:

1) aux soins médicaux et pharmaceutiques et autres traitements curatifs (on applique par analogie les prescriptions des articles ayant trait à l'assurance-maladie)
2) aux appareils dont il a besoin
3) aux frais de voyage nécessaires
4) aux soins de garde indispensable si l'assuré en est dépourvu.

La Caisse Nationale peut ordonner le transfert de l'assuré dans un établissement hospitalier où il recevra les soins médicaux et pharmaceutiques et les soins de garde. Mais elle devra prendre en considération les voeux de l'assuré ou de sa famille.

INDEMNITÉS. —

L'assuré a droit à une **indemnité de chômage** dès le troisième jour après l'accident et pour la durée de la maladie.

Cette indemnité est de quatre-vingt pour cent du salaire dont l'assuré se trouve privé par suite de la maladie (les allocations supplémentaires régulières étant considérées comme faisant partie du salaire).

Une **limite supérieure** est fixée: le gain n'est compté que jusqu'à concurrence de vingt-six francs par jour (cette somme limite était de vingt et un francs jusqu'au 9 février 1945, date à laquelle elle a été relevée).

L'art. 74 envisage encore le cas de l'assuré touchant des prestations d'autres assurances: le total des indemnités perçues par l'assuré ne doit pas dépasser le total du gain dont il se trouve privé; en conséquence, l'indemnité de chômage ne pourra être supérieure à la différence entre le gain total dont l'assuré se trouve privé et les prestations qui lui sont versées par d'autres assureurs. Un exemple illustrera cette règle:

Supposons que le gain total de l'assuré soit par jour de frs 30.-

S'il touche des indemnités d'autres assureurs de l'ordre de frs. 13.- par exemple, l'indemnité de chômage ne pourra dépasser la somme de frs. 17 - (30 - 13).

L'indemnité de chômage n'est pas acquise à l'assuré s'il est reçu dans un établissement hospitalier, ou si l'assurance lui fournit des soins de garde à domicile. La Caisse Nationale, pour couvrir les frais qui lui sont causés de la sorte, peut opérer des retenues sur l'indemnité de chômage.

L'article 75 fixe une **limite supérieure:** La Caisse peut retenir au maximum les trois quarts de l'indemnité de chômage. Si l'assuré a charge de famille, elle n'en peut retenir plus de la moitié.

PAIEMENT DE L'INDEMNITÉ DE CHOMAGE. —

L'indemnité de chômage est versée à la fin de chaque semaine à l'assuré, mais en cas d'urgence, des acomptes sont fournis au cours de la semaine. Des conventions spéciales peuvent prévoir d'autres modes de paiement.

Les prestations de la Caisse sont insaisissables et incessibles. La loi organise le contrôle de l'**affectation** des prestations qui sont versées à l'assuré, **à l'entretien du bénéficiaire ou de sa famille.** Elle prévoit la compensation des versements dûs par la Caisse Nationale avec les créances qu'elle peut posséder contre les bénéficiaires et une réduction proportionnelle sur les prestations en argent si l'accident assuré n'est que partiellement à l'origine de l'état de l'assuré.

Nous reviendrons sur ces questions en étudiant les rentes.

2) L'ACCIDENT EST SUIVI D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Si les suites de l'accident n'ont pas été effacées par les soins prodigués et qu'il n'y a pas lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, on présume que l'accident doit être suivi d'une invalidité permanente.

Les prestations antérieures vont faire alors place à une rente d'invalidité à condition qu'il y ait suppression on diminution de la capacité de travail,

Les articles 77 et 80 inclus passent en revue les divers cas susceptibles de se présenter.

A — **Pour une incapacité absolue de travail,** la rente sera de 70 % du gain annuel de l'assuré. Mais ce taux forfaitaire peut être dépassé et atteindre 100 % du gain annuel de l'assuré si son infirmité exige des soins de garde et d'autres soins spéciaux: la majoration accordée est maintenue tant que dure la situation spéciale.

B — **Pour une incapacité partielle de travail** la rente subit une réduction proportionnelle.

Pour le calcul de la rente d'invalidité (une rente pour incapacité total correspondant à 70 % du gain annuel) on applique la formule suivante:

$$\frac{1 \times 70}{100 \quad 100} = \frac{\times}{100} = X\,\% \text{ du gain annuel}$$

(1 représentant le pourcentage d'incapacité reconnu)

L'article 78 alinéa 1 er. dit qu'il faut entendre par „gain annuel" le „salaire que l'assuré a gagné dans l'entreprise soumise à l'assurance durant l'année qui a précédé l'accident": les allocations supplémentaires régulières sont considérées comme partie intégrante du salaire.

Une **limite supérieure** est fixée pour le gain annuel pris en considération: il n'est compté que jusqu'à concurrence de six mille francs (art. 78 al. 5 ème). (1)

L'alinéa 2 ème s'attache au cas des **assurés non salariés:**

Le gain pris en considération pour la fixation de la rente est le gain annuel le plus bas des ouvriers salariés de la même entreprise.

L'alinéa 3 ème **compense l'amélioration de sa situation que l'assuré était en droit d'espérer** des années à venir si l'accident ne s'était pas produit, par une assimilation à la situation d'un assuré de sa profession arrivé à son plein développement, dès l'époque où il l'aurait probablement atteint si l'accident ne s'était pas produit.

(1) Cette limite a été portée à 7.800 frs. par un arrêté du Conseil Fédéral du 9 février 1945.

La Loi examine ensuite quelques cas spéciaux :

1) Assuré ayant accompli son service militaire ou ayant été malade au cours de l'année prise en considération

L'année qui précède l'accident est celle qui est prise en considération; que se passe-t-il si le gain afférent à cette année a été diminué du fait du service militaire ou de maladie ? L'art. 79 al. 1 er. précise que le gain est fixé d'après le salaire que l'assuré aurait gagné s'il n'avait été ni malade ni en service militaire.

2) Assuré n'ayant pas appartenu à l'entreprise durant l'année entière

Il peut se faire que l'assuré soit entré dans l'entreprise au cours de l'année. Dans ce cas, on additionne à son salaire celui que l'assuré de sa catégorie (dans l'entreprise ou dans une entreprise analogue) a touché pendant „le reste de l'année", c.-à-d. au cours de la période où l'intéressé n'appartenait pas à l'entreprise.

3) Assuré dont le travail a été interrompu dans l'entreprise à la suite d'une suspension de l'exploitation de celle-ci

Dans ce cas, il est tenu compte du salaire qu'il a gagné en dehors de l'entreprise (même s'il n'a pas travaillé régulièrement et qu'il ne se trouvait donc assuré que contre les accidents professionnels). Une **limite supérieure** est fixée: il n'est tenu compte du salaire gagné en dehors de l'entreprise que jusqu'à conccurence du salaire moyen qu'il a gagné dans l'entreprise durant le reste de l'année.

PAIEMENT DES RENTES D'INVALIDITÉ. —

Les rentes d'invalidité sont payables d'avance le premier jour de chaque mois. Si une rente d'invalidité prend cours après le premier du mois, l'arrérage afférent à la première période sera versé en même temps que l'arrérage de la deuxième, au début du mois suivant.

Enfin, „quand une rente s'éteint ou subit une modification au cours d'un mois, il n'y a pas lieu à remboursement ou à complément pour le reste du mois (art. 93)".

NOUVEL ACCIDENT. —

Le cas de nouvel accident est prévu par l'article 94; si le nouvel accident dont est victime le bénéficiaire de la rente d'invalidité est suivi de maladie seulement, les deux accidents sont considérés indépendamment l'un de l'autre et la rente n'influe pas sur l'indemnité de chômage versée par la Caisse à l'assuré en raison du nouvel

accident· l'indemnité se calcule d'après le gain de l'assuré au moment du nouvel accident. Dans les autres cas, les droits dérivant des divers accidents sont considérés dans leur ensemble et il est tenu compte pour la fixation de la rente du gain que l'assuré aurait pu réaliser au moment du nouvel accident, s'il n'avait pas été victime d'un accident précédent.

RACHAT D'UNE RENTE (art. 95). —

La Caisse Nationale peut — **de droit** — procéder au rachat d'une rente (à sa valeur actuelle) dans les deux cas suivants:

— rente inférieure à frs. 10.- par mois

— rente (sans condition de taux) si le bénéficiaire réside à l'étranger.

Dans le cas de rachat imposé, l'assuré peut, si son incapacité s'aggrave dans une mesure importante après le rachat, exiger l'allocation d'une rente supplémentaire.

La Caisse Nationale peut — **d'entente avec le bénéficiaire** — effectuer le rachat dans tous les autres cas.

Toute rente rachetée avec le consentement du bénéficiaire est définitivement éteinte.

INSAISISSABILITÉ. —

Les rentes d'invalidité, comme les autres prestations, ne peuvent être saisies ni séquestrées, ni comprises dans la masse d'une faillite (art. 96 al. 1 er.)

INCESSIBILITÉ. —

Le droit à la rente, comme le droit aux autres prestations, ne peut être engagé ni cédé. Une telle convention serait nulle de plein droit. (art. 86 al. 1 er. in fine)

AFFECTATION. —

La Caisse Nationale peut veiller elle-même à ce que les prestations qu'elle verse ne soient pas détournées du but en vue duquel elles sont fournies. Elle peut donc, comme pour l'indemnité de chômage, prendre des mesures pour que les rentes d'invalidité soient affectées à l'entretien du bénéficiaire ou des personnes qui sont à sa charge. (art. 96 al. 2 ème)

COMPENSATION ÉVENTUELLE. —

La Caisse Nationale peut, comme pour l'indemnité de chômage, compenser le montant des arrérages de la rente avec toute créance exigible qu'elle possède contre le titulaire de la rente. (art. 96 al. 3 ème).

DÉCHÉANCE. —

Les rentes d'invalidité doivent être réclamées dans un délai de trois mois à compter de la date d'exigibilité, sous peine de déchéance. Il s'agit d'une simple faculté mise à la disposition de la Caisse Nationale. L'article 97 dispose en effet: „la Caisse Nationale **peut** déclarer éteint par déchéance etc. . .“ En revanche, la Caisse Nationale **doit** obligatoirement prononcer la déchéance de tous droits à une rente déjà constituée si, depuis deux ans, aucun arrérage n'a été réclamé.

RÉDUCTION. —

La rente d'invalidité peut être réduite proportionnellement si l'invalidité n'est qu'en partie l'effet d'un accident assuré. Cette faculté est d'ailleurs mise à la disposition de la Caisse Nationale pour toutes les prestations en argent (art. 91)

RÉVISION. —

La Loi organise également une procédure de Révision de la rente d'invalidité en cas de modification importante du degré d'incapacité de travail après la fixation de la rente.

Suivant que l'évolution se fait dans le sens d'un rétablissement de l'assuré et donc d'un relèvement de sa capacité de travail, ou dans le sens d'une aggravation de son état, et donc d'une nouvelle diminution, voire d'une disparition totale de sa capacité de travail, la rente est, pour l'avenir, soit diminuée ou supprimée, soit augmentée dans les limites fixées.

L'article 80 qui organise la Révision fixe une **limite** dans le temps à cette procédure de Révision.

La rente peut être révisée en tout temps, durant les trois ans qui suivent la constitution de la rente.

Si trois ans se sont écoulés depuis la constitution de la rente sans qu'aucune révision n'ait été faite, une procédure de révision ne pourra avoir lieu avant l'expiration de la sixième, puis de la neuvième année.

Les soins médicaux et pharmaceutiques de l'indemnité de chômage remplacent provisoirement la rente d'invalidité soumise à révision, si la procédure, exigeant un examen ou un contrôle médical, entraîne une perte de gain pour l'assuré.

La Révision de la rente peut encore être obtenue **indirectement** par un autre procédé: après la constitution de la rente, la Caisse Nationale peut, à condition de le faire dans les périodes autorisées pour la révision, ordonner à l'assuré un nouveau traite-

ment. Une condition: le nouveau traitement doit être tel qu'il y ait lieu d'en attendre une amélioration importante de la capacité de travail.

Mais, si le nouveau traitement n'est pas prescrit à la légère, l'assuré doit accepter de s'y prêter. S'il s'y refusait sans motif valable, la Caisse Nationale serait en droit de suspendre ou de restreindre pour l'avenir les prestations assurées.

L'article 81 in fine déclare que la rente est remplacée durant le traitement par les prestations prévues pour le cas d'accident suivi de maladie, c. à d. par les soins médicaux et pharmaceutiques et l'indemnité de chômage.

Si le traitement prescrit donne les résultats que la Caisse Nationale en attend, la révision de la rente fera tout naturellement suite à l'amélioration de la capacité de travail de l'assuré.

REMPLACEMENT DE LA RENTE D'INVALIDITÉ PAR UNE INDEMNITÉ EN CAPITAL. —

La Loi ne prévoit qu'un seul cas où la rente d'invalidité puisse être remplacée par une indemnité en capital (art. 82). Elle entoure l'application de cette faculté mise à la disposition de la Caisse Nationale d'une double précaution destinée à préserver les intérêts de l'assureur et ceux de l'assuré:

1) — la continuation du traitement médical ne doit pas être susceptible d'améliorer l'état de l'assuré de manière sensible

2) — l'assuré semble devoir recouvrer sa capacité de travail en reprenant un emploi.

Si ces deux conditions sont remplies, l'indemnité en capital se substituant à la rente d'invalidité sera égale à la valeur actuelle d'une rente constante ou décroissante, courant pendant trois ans au maximum et calculée sur la base du gain annuel de l'assuré. On tiendra compte de son état de santé et du degré de son incapacité de travail au moment de la fixation de l'indemnité.

3) L'ACCIDENT EST SUIVI DE MORT. —

Les survivants de l'assuré ayant succombé à l'accident perçoivent **deux sortes de prestations:**

1) la Caisse Nationale procède au **remboursement des frais d'obsèques** jusqu'à concurrence de la somme de quarante francs (le remboursement a lieu même si les obsèques ne sont pas à la charge des survivants (art. 83).

2) **La Caisse Nationale verse une rente au conjoint survivant, aux enfants, aux ascendants**

I — CONJOINT SURVIVANT

A) la Caisse Nationale sert une **rente de trente pour cent du gain annuel de l'assuré** à la veuve durant sa viduité - au veuf déja infirme ou qu'une incapacité de travail atteint dans les cinq années faisant suite au décès de l'assurée, durant sa viduité. Si elle se remarie, la veuve voit sa rente convertie en une indemnité totale du triple de son montant annuel. La rente n'est dûe que si la publication de la promesse de mariage était antérieure à l'accident.

La rente n'est pas dûe au conjoint divorcé ou séparé de corps (jugement exécutoire) à moins qu'il n'ait droit à une pension alimentaire mise à la charge de l'assuré qui meurt victime de l'accident.

II — ENFANTS

B) La Caisse Nationale sert une **rente de quinze pour cent du gain annuel de l'assuré** à chaque enfant légitime (même posthume) dont l'autre parent est vivant.

(Les enfants légalement adoptés ou légitimés, à condition que l'adoption ou la légitimation soient antérieures à l'accident, les enfants naturels, si l'assurée décédée est leur mère ou s'ils ont été reconnus par l'assuré en une déclaration écrite digne de foi, ou si leur filiation a été établie par un prononcé exécutoire, ont droit aux mêmes rentes que les enfants légitimes).

La rente est versée à l'enfant jusqu'à l'âge de seize ans révolus: si, au moment où il atteint sa dix-septième année, l'enfant est atteint d'une incapacité de travail, la rente continue de courir jusqu'au jour où soixante-dix années se sont écoulées depuis la naissance de l'assuré.

C) La Caisse Nationale sert une rente de **vingt cinq pour cent du gain annuel de l'assuré** aux enfants légitimes (ou assimilés dans les mêmes conditions) de l'assuré décédé si l'autre parent de l'enfant est déjà décédé.

Si l'autre parent est encore vivant au moment de l'accident mais qu'il meurt par la suite avant le jour où l'enfant atteint l'âge de seize ans révolus, la même disposition jouera en faveur de l'enfant jusqu'à cette date (art. 85).

III — ASCENDANTS ET COLLATERAUX

D) Article 86: „les ascendants en ligne directe ont droit leur vie durant, les frères et soeurs jusqu'à l'âge de seize ans révolus, à une rente totale de vingt pour cent du gain annuel de l'assuré; cette rente se répartit par tête entre tous les ayants-droit".

L'ensemble des rentes de survivants ne peut excéder soixante pour cent du gain annuel de l'assuré, telle est la **limite** fixée par l'art. 87.

Une réduction proportionnelle est opérée le cas échéant sur le total des rentes du conjoint survivant et des enfants de manière à le ramener à soixante pour cent du gain annuel de l'assuré. Une nouvelle fixation aura lieu dans la limite des droits de chacun, en cas de décès de l'un des ayants droit. Le conjoint et les enfants sont privilégiés par rapport aux ascendants et collatéraux. Ceux-ci ne sont admis à faire valoir leur droits **que sur la différence** entre les soixante pour cent de gain annuel et le total des rentes revenant au conjoint et aux enfants.

Si la rente de l'ascendant (ou du collatéral) court en même temps que celle de l'enfant, l'ascendant (ou le collatéral) ne peuvent toucher une rente supérieure à celle de l'enfant.

L'article 87 in fine déclare que „l'extinction de la rente d'un ascendant ou collatéral profite aux autres proportionnellement et dans la limite de leurs droits".

Forclusion éventuelle. —

La Caisse Nationale est en droit d'inviter — sous peine de forclusion — les survivants à se faire connaître dans un délai de six mois. Ce délai est un délai minimum. L'invitation doit être faite par une publication (art. 89).

— Ce qui a été indiqué au sujet du rachat, de l'insaisissabilité, de l'incessibilité, de l'affectation, de la compensation éventuelle, de la déchéance et de la réduction de la rente d'invalidité est valable également en ce qui concerne la rente des survivants —

§ 5 — RÈGLEMENT DES LITIGES

Les articles 120, 121 et 122 fixent les règles applicables en matière de règlement judiciaire des litiges pouvant éventuellement surgir.

En vertu de l'article 120, chaque canton désigne un **Tribunal unique.**

Ce Tribunal juge en première instance.

Les sentences du Tribunal Cantonal peuvent être portées devant **un Tribunal Fédéral des Assurances** (dont le siège est à Lucerne). L'organisation et la procédure de ce Tribunal sont fixées par l'Assemblée Fédérale. C'est l'Assemblée Fédérale qui nomme les membres du Tribunal pour une période de six ans.

Les Cantons organisent la procédure des Tribunaux Cantonaux;

elle doit être aussi simple et rapide que possible. L'assistance judiciaire et toutes autres facilités sont accordées aux indigents.

L'article 100 subroge la Caisse Nationale, pour le montant de ses prestations, aux droits de l'assuré ou des survivants contre tout tiers responsable de l'accident.

Les actions fondées sur l'article 100 relèvent des tribunaux ordinaires et non des Tribunaux uniques désignés par les Cantons dans les conditions indiquées ci-dessus.

Annexe : ASSURANCE VOLONTAIRE CONTRE LES ACCIDENTS DANS LE CADRE DE LA CAISSE NATIONALE

La loi du 13 juin 1911 jette les bases de l'assurance-volontaire contre les accidents, dans le cadre de l'organisation mise sur pied.

A — ASSURÉS

1) En vertu de l'article 115, toute personne non astreinte à l'assurance-accidents et âgée d'au moins quatorze ans révolus peut, si elle réside en Suisse, demander son admission à la Caisse Nationale en tant qu'assurée volontaire.

2) Les chefs d'entreprises assujetties à l'assurance-accidents et les chefs d'entreprises assurés volontaires avec tous leurs employés et ouvriers peuvent assurer **à leur compte** les tiers auprès de la Caisse Nationale contre les suites d'accidents dont ils sont civilement responsables en cas de **faute légère** de leur part. La victime jouit d'une action indépendante de celle du preneur d'assurance, contre la Caisse Nationale. (art. 118)

B — CONDITIONS DE L'ASSURANCE

Les conditions de l'assurance volontaire et de l'assurance volontaire de tiers sont fixées par l'Assemblée Fédérale. Les projets nécessaires sont élaborés par la Caisse Nationale qui les soumet au Conseil Fédéral.

Pour l'assurance volontaire il est prescrit à l'Assemblée Fédérale de tenir compte des circonstances spéciales de l'agriculture et des autres professions intéressées à cette assurance „en ce qui touche les avis et déclarations d'accident, la prévention des accidents, les prestations assurées et le calcul des primes." Les projets nécessaires sont élaborés par la Caisse Nationale qui les soumet au Conseil Fédéral. (1)

C — SUBSIDES FÉDÉRAUX

Pour **l'assurance volontaire**, la Confédération verse chaque

(1) Nous avons signalé ci-dessus que les articles 115 à 117 réglant l'assurance volontaire et les articles 118 et 119 réglant l'assurance volontaire de tiers, ne sont pas encore entrés en vigueur.

année à la Caisse Nationale un subside égal au huitième de la prime totale dûe par tout assuré dont le revenu annuel est inférieur ou égal à quatre mille cinq cents francs.

La Caisse Nationale procède à une évaluation provisoire du subside de la Confédération dans le domaine de l'assurance volontaire, pour une année entière: elle est autorisée à le percevoir d'avance.

Un calcul définitif est fait par la Caisse Nationale en fin d'exercice et une perception complémentaire ou une compensation auront lieu au besoin. (art. 117)

Pour l'assurance volontaire de tiers, l'octroi éventuel de subsides fédéraux ne pourrait résulter que d'un texte législatif (art. 119).

Le TITRE TROISIÈME de la Loi du 13 juin 1911 comprend certaines dispositions générales concernant à la fois l'assurance-maladie et l'assurance-accidents. Il contient aussi les formules abrogatives et les règlements d'exécution.

La Loi Fédérale du 18 juin 1916 dont les dispositions nouvelles concernant l'assurance-maladie et accidents ont trouvé leur place dans l'exposé ci-dessus, complète la Loi de 1911. Elle organise notamment le passage de l'ancienne situation (contrats d'assurance) à la situation nouvelle en matière d'assurance-accidents (assurance obligatoire dans les entreprises assujetties).

Elle précise et développe certains points laissés dans l'ombre par la Loi de 1911 et y ajoute certaines règles dont l'expérience a signalé la nécessité.

RÉALISATIONS. —

Le Rapport du Conseil Fédéral à l'Assemblée Fédérale sur la demande d'initiative pour la Famille (10 octobre 1944) cite les chiffres suivants au sujet de l'activité de l'assurance-accidents en 1942.

La Caisse Nationale a versé au cours de l'année:

13.255.945.- francs pour soins médicaux et pharmaceutiques
22.630.630.- francs en indemnités de chômage
29.116.557.- francs en rentes d'invalidité et de survivants.

OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES. —

Un arrêté fédéral du 19 décembre 1912 crée un Office Fédéral des Assurances Sociales.

Cet Office qui constitue une nouvelle division du Département Fédéral du Commerce, de l'Industrie et de l'Agriculture, est placé sous les ordres d'un Directeur assisté d'un ou de deux adjoints. Le personnel est soumis aux lois fédérales concernant les traitements des fonctionnaires.

L'Office Fédéral **est chargé** de l'exécution de la Loi Fédérale sur l'Assurance-maladie et accidents.

Il **peut être chargé** d'autres tâches.

La Loi Fédérale sur l'organisation du Département de l'Economie Publique du 26 mars 1914 lui confie notamment :

— les travaux préparatoires concernant d'autres branches des assurances

— l'élaboration des traités internationaux sur cette matière, de concert avec le Département politique, et la surveillance de leur application.

L'Office Fédéral des Assurances Sociales dont le siège est à Berne est aujourd'hui le véritable organe de direction des Assurances Sociales sur le plan fédéral.

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE

PLAN DE LA DEUXIÈME PARTIE

Nous étudierons en une deuxième partie :

en un TITRE 1er

L'ASSURANCE-CHOMAGE

en un TITRE IIème

L'ASSURANCE-MILITAIRE

DEUXIÈME PARTIE

TITRE Ier - L'ASSURANCE-CHOMAGE

L'ASSURANCE-CHOMAGE AVANT L'ARRÊTÉ DU 14 JUILLET 1942

Préambule. —

L'assurance-chômage est actuellement régie par l'Arrêté du Conseil Fédéral „réglant l'aide aux chômeurs pendant la crise résultant de la guerre" (14 juillet 1942). Certaines modifications ont été apportées à ce texte en 1944 et en 1945.

L'arrêté du Conseil Fédéral du 14 juillet 1942 remplace la loi fédérale du 17 octobre 1924 et les dispositions qui y furent rattachées par suite, qui cessent, dit l'article 80 de l'arrêté du 14 juillet 1942, „d'être applicables **pendant la validité du présent arrêté".**

Faut-il en déduire que la Loi Fédérale du 17 octobre 1924 sera remise en vigueur quand auront disparu les conséquences de la crise résultant de la guerre ?

Le Rapport du Conseil Fédéral à l'Assemblée Fédérale sur la demande d'initiative pour la famille inciterait à le croire. Il déclare (1) que cet arrêté „se substitue **temporairement** à la loi susmentionnée".

Mais il faut se garder d'en tirer hâtivement la conclusion qu'un retour à la législation antérieure pourrait se produire purement et simplement. Rien ne permet de prévoir quand s'estomperont les conséquences des hostilités sur le plan économique, tout porte à penser que les conditions de vie de 1939 ne renaîtront pas identiques. Sans doute l'arrêté du 14 juillet 1942 n'est-il qu'une étape dans la constante progression de la législation fédérale suisse en faveur des hommes que les circonstances et les difficultés temporaires de leurs métiers placent dans une situation périlleuse sur le marché du travail.

Dès la fin du XIX ème siècle, des autorités locales de Suisse allémanique s'efforcèrent d'enrayer le préjudice causé à certaines catégories de travailleurs de leurs régions par le chômage dû aux crises économiques, résultant elles-mêmes des transformations profondes de l'industrie.

On peut employer divers moyens pour lutter contre le chômage: règlementation de la durée du travail et de l'activité industrielle,

(1) page 103

création de nouvelles occasions de travail pendant les périodes de déclin économique.

D'autre part, grâce à l'activité des bureaux de placement, on peut s'efforcer de reclasser rapidement dans une autre entreprise — voire dans une autre profession, les employés ou ouvriers atteints par le chômage.

Enfin, pour ceux qu'il est temporairement impossible de placer, des indemnités permettent d'attendre, à l'abri de la misère, que la situation économique évolue dans un sens favorable ou que, du moins, se manifeste une reprise susceptible de faire apparaître de nouvelles possibilités de travail ou d'en faire renaître d'anciennes.

C'est aux assurances-chômage qu'échoit la tâche de faire traverser aux personnes momentanément privées de leur gagne-pain la période critique.

La capitale fédérale, la première, créa une caisse d'assurance-chômage pour le territoire de sa commune. La Caisse était ouverte à tous les ouvriers de moins de soixante ans qui désiraient s'assurer contre le chômage. Une indemnité journalière était versée aux assurés en chômage qui avait rempli certaines conditions de stage.

La Caisse Municipale de Berne n'eut pas une longue carrière. Le principal inconvénient résidait dans le fait qu'elle s'adressait — sur le plan local — à **toutes** les professions et qu'elle ne distinguait donc pas entre les professions menacées par le chômage et celles qui ne l'étaient pas ou l'étaient à un moindre titre. Certaines professions sont beaucoup moins sujettes que d'autres au chômage. Les manoeuvres sont bien plus souvent réduits à l'inaction que les ouvriers spécialisés. Il n'existe donc pas de communauté d'intérêts dans le cadre de l'assurance-chômage pour l'ensemble des professions. Seuls s'intéressent à l'assurance les membres de groupes que le chômage menace réellement: les autres ne participent pas à l'assurance puisqu'ils n'y sont pas contraints et les conséquences pour le budget des caisses exerçant leur activité dans ces conditions sont aisées à imaginer.

Une autre expérience fut tentée par la ville de St. Gall en 1895. Les communes avaient été autorisées par la Loi Saint-Galloise en 1894, à créer des caisses d'assurances-chômage obligatoires sur leur territoire. La ville de St. Gall s'empressa de créer une Caisse d'assurance-chômage obligatoire pour **tous les ouvriers du sexe masculin qui habitaient Saint-Gall** (et qui ne gagnaient journellement que frs. 5.- ou moins).

Dès 1897, la Caisse dut cesser ses prestations, ayant travaillé à perte malgré l'octroi de subventions par le canton et la commune.

L'échec de cette tentative fut attribué à la fois à une organisation trop large de la caisse, origine de certains abus — et à l'hostilité des ouvriers qualifiés qui s'opposaient de toute leur force à une charge qui, pour eux, était sans contre-partie.

Mais déjà l'opinion s'accréditait, corroborée par ces deux expériences, que les syndicats étaient mieux à même que les pouvoirs publics, d'organiser avec succès les caisses d'assurance-chômage. Dans le cadre d'une profession déterminée, il est facile de s'appuyer sur un sentiment de solidarité en présence de ce danger qu'est le chômage.

Il faut songer à reclasser rapidement les assurés momentanément démunis de travail. Où serait-il possible de réaliser ce reclassement de manière plus efficace que dans le cadre du syndicat disposant de ses organes propres et décidé — dans son propre intérêt — à éviter les abus ?

La plupart des cantons s'inspirèrent par la suite de cette méthode, appelée „système de Gand" (c'est dans cette ville qu'elle fut pour la première fois expérimentée avec fruit). Dès avant la guerre mondiale de 1914-1918, certains cantons se contentaient ainsi de subventionner des caisses d'assurance privées — Saint-Gall, Bâle-ville, Genève, Zurich, Berne, Lucerne, Thurgovie, Soleure). A Zurich, en 1914, une caisse communale qui voulait tenter sa chance malgré les deux échecs que nous avons mentionnés, ne put le faire à cause de l'ouverture des hostilités: Zurich n'en subventionna pas moins les caisses privées.

Sur le plan fédéral, une tentative avait été faite sans succès en 1893, par un groupe de la population pour obtenir notamment que la Confédération soit chargée „d'assurer d'une façon suffisante les travailleurs contre les suites du manque de travail soit au moyen d'une assurance publique, soit en assurant les ouvriers à des institutions privées à l'aide de ressources publiques".

L'initiative se heurta à l'opposition d'une forte majorité de la population qui répondit négativement au Référendum du 3 juin 1894.

On se contenta, au cours de la session des Chambres Fédérales de juin 1894 d'adopter un postulat chargeant le Conseil Fédéral de réorganiser les Bureaux de Placement.

A la veille de la guerre de 1914, une motion avait été déposée en vue de faire intervenir la Confédération dans l'organisation sur le plan national de l'assurance-chômage. La guerre devait hélas poser ce problème avec une acuité bien plus grande.

Un arrêté du Conseil Fédéral institua, le 19 décembre 1916, un fonds de secours dans l'industrie de la broderie.

En mars 1917, c'est sur le plan du chômage en général que la question fut portée: un **fonds de chômage** était mis à la disposition de la Confédération pour remédier aux premières conséquences de la crise.

Il devait servir à verser des subsides aux autorités locales (cantons - communes) et à certains établissements d'utilité publique pour leur permettre de remédier aux effets néfastes du chômage pendant la guerre et, après les hostilités, tant que demeurerait la situation exceptionnelle.

La crise fut en effet d'une rare violence dès qu'approcha la fin des hostilités.

Un arrêté du 5 août 1918 sur l'assistance en cas de chômage dans les exploitations industrielles et les métiers unifia les règles de l'assurance-chômage dans ces domaines (mais non dans l'agriculture et dans le commerce où la main-d'oeuvre était trop rare pour satisfaire les besoins).

L'arrêté du 5 août 1918 était, officiellement, une mesure exceptionnelle qui ne devait déployer ses effets que tant que se prolongerait la crise extraordinaire que traversait la Suisse.

Les subventions provenaient des versements des autorités et des employeurs; l'ouvrier n'était pas indemnisé si la durée chômée n'excédait pas 10 % du temps de travail ou 5 heures de travail par semaine. Dans le cas contraire, 50 % du salaire était versé à l'assuré.

Toute l'indemnité était à la charge de l'employeur si la durée chômée était inférieure ou égale à 40 % de la durée habituelle — elle était à la charge de la Confédération, du canton et de l'employeur (chacun pour un tiers) si la durée chômée était supérieure à 40 % de la durée habituelle.

L'assistance-chômage fut étendue aux employés (même à ceux des entreprises commerciales) en mars 1919.

Au mois d'**octobre** de la même année, le **Conseil Fédéral unifia par un arrêté toute la matière concernant l'assurance-chômage.**

— 50 % du gain en cas de chômage partiel
— 60 % du gain en cas de chômage total
— 70 % du gain si l'assuré remplissait une obligation légale d'assistance,

telles étaient les prestations promises.

Des taux maximums qui furent abaissés plus tard en raison de la décroissance du coût de la vie — une période maximum d'assistance qui fut portée de 60 à 120 jours — étaient fixés. La déchéance des droits était prévue si l'assuré n'acceptait pas le travail qui lui était offert, ses légitimes intérêts étant préservés.

Les subventions étaient fixées de la même manière que dans l'arrêté du 5 août 1918 mais des possibilités d'exemptions étaient admises en faveur d'employeurs mal placés.

L'organisation de l'assistance était confiée aux employeurs qui en chargeaient les associations professionnelles. A défaut le canton (lequel pouvait déléguer ses fonctions à la commune) se chargeait du fonctionnement de l'assurance-chômage.

D'août 1914 à la fin 1924

64 millions de francs furent versés par la Confédération
64 millions de francs par les autoriés locales
17 millions et demi de francs par les employeurs
pour le financement de l'assurance-chômage.

Si l'on comprend diverses allocations venant s'ajouter à ces sommes, on arrive pour cette période d'un peu plus de 10 ans à la somme importante de **170 millions** de francs dépensés pour l'assistance aux chômeurs.

Outre cet effort considérable, les nécessités sociales imposaient aux autorités de veiller à ce que le chômage si déprimant pour les hommes, soit aussi court que possible. Et c'est ainsi que fut menée de front une difficile entreprise de création de nouvelles possibilités de travail et de sauvetage des exploitations menacées.

On évalue à **345 millions de francs** les subventions des pouvoirs publics en vue de procurer du travail aux chômeurs, jusqu'à fin 1924.

En 1924, la situation économique apparut plus saine. Dès 1923 (18 mai) un arrêté du Conseil Fédéral édictait la suppression partielle de l'assurance-chômage, Les cantons étaient même autorisés à cesser tout soutien aux caisses et plusieurs procédèrent immédiatement à la liquidation de leur appui financier.

De nouvelles restrictions intervinrent au cours de 1924 (notamment la suppression de toute allocation pour chômage partiel). Enfin, un arrêté du Conseil Fédéral du 2 juin 1924 déclara supprimer l'assistance-chômage à dater du 30 juin 1924.

La lutte contre le chômage résultant de la crise qui a accompagné et suivi la fin de la première guerre mondiale a, selon „la Suisse Economique et Sociale" (1), coûté à la Confédération, aux Cantons, aux Communes et aux particuliers jusqu'à la fin de 1924, la somme énorme de **516 millions**, représentant 128 francs 25 par tête de population. La Confédération a participé à cette dépense pour 296 millions, les cantons pour 201 et les employeurs pour 18.

(1) Tome 1 page 645

Grâce à cet immense effort de la Nation, la Suisse avait surmonté la crise grave qui menaçait d'atteindre mortellement son économie. Elle était parvenue à traverser cette période sans remous sociaux susceptibles de troubler l'ordre intérieur.

La conjoncture économique étant redevenue favorable, les autorités décidèrent de se conformer à la recommandation adoptée par la Conférence du Travail de Washington le 3 février 1922: la Conférence conseillait aux Etats d'introduire une assurance efficace contre le chômage soit en instituant un organe officiel, soit en subventionnant des associations dont les statuts prévoient l'octroi d'indemnités de chômage à leurs membres. C'est pour cette deuxième formule que se prononça le projet adopté par les Chambres Fédérales: la **Loi du 17 octobre 1924** qui est restée en vigueur jusqu'en 1942, est une **loi de subventions.**

L'article I er. dit que:

— „des subsides sont alloués, pour chaque exercice annuel, aux Caisses de chômage publiques et privées qui reposent sur le principe de l'assurance" — L'article 2 ème, énumère les conditions que doivent remplir les caisses pour obtenir des subsides.

Elle ne doivent pas poursuivre d'autre but que celui de la lutte contre le chômage et leur activité ne doit pas avoir des fins lucratives. Des règles précises doivent être fixées pour la comptabilité. Les caisses doivent offrir en un mot des garanties de sécurité.

La Loi fixe une **limite supérieure** pour les indemnités: elle ne peuvent dépasser 60 % du gain normal pour les membres remplissant des obligations légales d'assistance, 50 % dans les autres cas (la différence de 10 % devant toujours être respectee en faveur des assurés assumant une obligation légale d'assistance).

La plupart des caisses accordait en fait les prestations maximums prévues par la Loi de 1924.

L'assuré ne pouvait être membre de plus d'une caisse.

Le chômage ne devait pas résulter de sa faute.

Un stage de 3 jours précédait le droit aux prestations: l'assuré n'avait droit aux prestations que s'il participait à la caisse depuis au moins 180 jours au cours desquels il avait versé ses cotisations L'indemnité était dûe pendant 90 jours au plus dans une période de 360 jours (sous réserve que le Conseil d'Etat pouvait prolonger cette durée en temps de crise persistante).

Lorsque le chômage était le résultat d'un conflit collectif de travail, aucune indemnité n'était versée pour la durée du conflit et les trente jours suivants.

Le **chômage partiel** était admis au bénéfice de l'assurance. L'indemnité était calculée de la même façon, avec cette différence dans la limite supérieure qu'elle ne pouvait pas former avec le gain réalisé plus de **80** % du gain normal (pour les assurés remplissant une obligation légale d'assistance) et de plus de **70** % (pour les autres) (art. 3).

Les subsides de la Confédération étaient de **40** % des indemnités journalières payées par les caisses en application de leurs statuts pour les caisses publiques et les caisses privées administrées en commun par les employeurs et les employés. Ils étaient de **30** % pour les autres caisses.

(L'Assemblée Fédérale pouvant élever ce taux dans la limite de 10 %).

Pour l'obtention des subsides, les caisses devaient avoir obtenu une **Reconnaissance**. Celle-ci émanait de l'Office Fédéral du Travail. Elle était accordée aux seules caisses établissant par la production des pièces exigées, que leurs statuts étaient conformes aux dispositions de la Loi.

La Reconnaissance, en créant en faveur des caisses des droits à l'allocation de subsides, les soumettait à un strict contrôle de l'Office Fédéral du Travail. La sanction de l'inobservation des prescriptions était la déchéance de la Reconnaissance. —

La Loi du 17 octobre 1924 avait été promulguée dans une période économiquement favorable. Quinze années plus tard, une nouvelle guerre mondiale éclatait. Si la Suisse ne fut heureusement pas transformée en champ de bataille, elle ne connut pas moins les conséquences économiques de la guerre. Le Conseil Fédéral eut la sagesse d'élaborer dès 1942, un nouveau texte réglementant l'aide aux chômeurs pendant la crise résultant de la guerre. Ce nouveau texte ne constitue nullement un bouleversement du régime antérieur, mais, tout en reproduisant nombre de dispositions figurant déjà dans la Loi de 1924, il innove en certains domaines et s'efforce d'adapter l'organisation de l'assurance-chômage aux circonstances exceptionnelles nées de la guerre.

Nous envisagerons successivement:

§ I^er — Le Rôle des Pouvoirs Publics dans l'organisation de l'assurance-chômage.

§ 2^ème — L'Organisation des Caisses d'Assurance-chômage reconnues.

§ 3^ème — La situation des Assurés.

§ 4^ème — Le Règlement des litiges.

Nota: Dans ce qui suit, les articles de l'arrêté sont désignés par leurs numéros seuls, les numéros des articles des dispositions d'exécution étant suivis des lettres D. E.
„L'Office de l'Industrie des Arts et Métiers et du Travail" est désigné sous le nom d'„Office Fédéral".

L'Assurance-Chômage organisée par l'Arrêté du 14 Juillet 1942

---

§ I^er - ROLE DES POUVOIRS PUBLICS DANS L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE-CHOMAGE

A) ROLE DE LA CONFÉDÉRATION

1. Reconnaissance

Les Caisses qui désirent obtenir les subventions promises par l'arrêté doivent être **reconnues**. La reconnaissance émane, en vertu de l'article I er. D. E. de l'Office de l'Industrie, des Arts et métiers et du travail, le département de l'économie publique lui ayant délégué ses compétences dans ce domaine.

L'Office Fédéral accorde la reconnaissance aux caisses **publiques** administrées par des corporations autonomes de droit public, aux caisses **privées** administrées en commun par des employeurs et des travailleurs, aux caisses **syndicales** administrées exclusivement par des associations de travailleurs qui font la demande dans les formes prescrites lorsque ces caisses remplissent les conditions légales et donnent toutes les garanties de sécurité financière (art. 3).

Un recours devant le département de l'économie publique contre les décisions de l'Office Fédéral en matière de reconnaissance appartient aux caisses et aux cantons (dans le délai de 10 jours après la décision).

Formes prescrites pour la Reconnaissance

L'Office Fédéral étudie les demandes qui lui sont présentées quand elles sont accompagnées du procès-verbal de la séance au cours de laquelle la fondation de la caisse a été décidée, d'un exposé donnant tous renseignements utiles sur sa situation financière et fournissant des garanties sur sa sécurité, des signatures de 400 personnes ayant décidé de s'affilier à la caisse et de toutes indications utiles sur l'âge, le domicile, la profession des candidats, enfin des statuts et règlements exigés. Toutes ces pièces doivent être fournies en double exemplaire (article 2 D. E.).

D'éventuelles modifications apportées aux statuts ou aux autres prescriptions des caisses devront être approuvées de la même manière par l'Office Fédéral (art. 3 alinéa 2 D. E.)

Fin de la Reconnaissance

Le Département de l'Economie Publique a délégué également à l'Office Fédéral le droit de retirer la reconnaissance.

Le retrait doit être prononcé lorsque les conditions légales essentielles qui avaient été réunies pour la Reconnaissance ne subsistent plus ou quand la caisse ne présente plus financièrement de garanties suffisantes.

Il doit l'être également à titre de sanction en cas de désobéissance aux instructions des autorités compétentes.

Un droit de recours devant le Département de l'économie publique contre les décisions de l'Office Fédéral en matière de retrait de la reconnaissance appartient aux cantons et aux caisses (dans le délai de 10 jours après la décision).

2. Contrôle de l'organisation et de la gestion des caisses reconnues

Du fait de la Reconnaissance, la Confédération acquiert des droits étendus de contrôle sur l'organisation et la gestion des caisses reconnues.

C'est l'Office Fédéral qui fixe la date à laquelle la caisse peut commencer son activité (art. 3 al. I er. D. E.).

C'est le Département de l'économie publique qui établit les prescriptions concernant la comptabilité, le contrôle des comptes, la gérance de la fortune.

Si le retrait de la reconnaissance est décidé, le Département de l'économie publique fixe la date de la dissolution.

Nous retrouverons ci-dessous toutes les prescriptions de l'arrêté et des dispositions d'exécution concernant l'organisation des caisses reconnues.

3. Subventions Fédérales

a) Subvention de base

L'article 43 al. I er. promet à toutes les caisses reconnues de leur verser une subvention de base égale à 15 % des dépenses „entrant en ligne de compte".

Déchéance du droit à la subvention de base:

L'alinéa 2 ème prévoit le cas d'une caisse qui, tout en prélevant des cotisations peu élevées compte, au cours d'une année, 7 %

d'assurés complètement indemnisés. La subvention de base ne sera pas versée l'année suivante à une telle caisse, à moins quelle ne s'engage à augmenter ses cotisations „d'une façon appropriée".

L'article 67 D. E. établit le tableau suivant applicable au calcul des subventions (les taux indiqués sont des maximums).

pour-cent d'assurés complètement indemnisés:	frais d'administration donnant droit aux subventions par assuré:
aucun assuré indemnisé	3,—
0 à 2,0	3,50
2,01 à 5,0	4,—
5,01 à 10,0	4,50
10,01 à 15,0	5,—
15,01 à 20,0	5,50
20,01 à 25,0	6,—
25,01 à 35,0	6,50
35,01 à 45,0	7,—
45,01 à 55,0	7,50
55,01 ou plus	8,—

b) Supplément

La Confédération ajoute un supplément à cette subvention de base: les caisses qui comptent 15 % ou moins d'assurés complètement indemnisés touchent un supplément proportionnel aux dépenses annuelles entrant en considération, la proportion étant donnée par le pour cent d'assurés complètement indemnisés.

Les caisses qui comptent plus de 15 % d'assurés complètement indemnisés touchent un supplément de 15 % des dépenses entrant en considération, augmenté de 0,2 % par pour cent dépassant la proportion d'assurés complètement indemnisés (art. 44).

c) Limite

Le supplément alloué à la caisse ne peut dépasser 25 % des dépenses entrant en ligne de compte: il ne peut être alloué que dans la mesure où la fortune de la caisse ne dépasse pas, par assuré, à la fin de l'année prise en considération, une somme égale à trente fois l'ndemnité journalière moyenne servie par la caisse. Les subventions fédérale et cantonale entrent en compte pour le calcul de la fortune de la caisse (art. 46).

Des avances sur subventions peuvent être accordées sous certaines conditions et dans certaines limites (art. 72 D. E.).

B) ROLE DES CANTONS

L'arrêté autorise une délégation de certaines attributions des autorités fédérales aux autorités cantonales. C'est ainsi que la Confédération peut par ex. charger les cantons de contrôler les comptes des caisses. L'arrêté autorise également les cantons à reculer dans une certaine mesure la limite d'âge prévue.

Les attributions des cantons dans ces domaines seront étudiées ci-dessous (organisation des caisses — situation des assurés),

A condition de se conformer aux dispositions de l'arrêté, les cantons sont en droit d'introduire l'assurance obligatoire pour tous les travailleurs ou pour certaines catégories seulement (art. 75).

Les gouvernements cantonaux peuvent créer une caisse publique (art. 75 al. 3 ème).

Ils sont autorisés aussi à maintenir une contribution patronale particulière destinée à l'àssurance-chômage et au service d'allocations de crises.

Ce qu'il convient de noter ici, c'est la partipation des cantons au **financement** de l'assurance-chômage.

Cette participation est imposée aux cantons par l'arrêté: la subvention est la même que celle de la Confédération, sur le plan local.

La Confédération peut prendre à sa charge une partie de la subvention dûe par les cantons économiquement défavorisés.

Les cantons peuvent également s'adresser à leurs communes et mettre à leur charge une part équitable de la subvention (art. 46).

Limite

Le total de la subvention fédérale et de la subvention cantonale ne doit pas dépasser **80** % des dépenses prises en considération pour l'attribution de la subvention cantonale (le canton peut être autorisé par le Département de l'économie publique à dépasser cette limite dans des circonstances exceptionnelles) (art. 47).

Cas de changement de domicile de l'assuré

Une subvention cantonale participe à l'indemnisation de l'assuré pendant les douze mois qui suivent son changement de domicile. Ce n'est qu'à l'expiration de ce délai que le canton d'accueil assume lui-même la contribution. Si, pendant les douze mois consécutifs au changement de domicile, l'assuré ne peut justifier de 200 jours de travail au moins, le canton de l'ancien lieu de domicile voit son obligation de participation prolongée d'une année (art. 48 al. Ier., art. 76 D. E.).

Les pouvoirs publics allègent enfin d'une manière appréciable les charges pesant sur les caisses par des exemptions d'impôts et de droits. En vertu de l'art. 13 de l'arrêté, les caisses sont exonérées de tous impôts et contributions publiques.

La participation de la Confédération et des Cantons au financement d'un fonds de compensation créé en faveur des caisses est examiné dans le paragraphe 2 ème traitant de l'organisation des caisses.

---

§ 2 ème — ORGANISATION DES CAISSES D'ASSURANCE-CHOMAGE

A — Règles administratives

Pour obtenir la Reconnaissance de l'Office Fédéral, les caisses d'assurance-chômage doivent remplir les formalités énumérées ci-dessus. Elles doivent notamment produire leurs statuts et présenter toutes garanties quant à l'exécution de leurs engagements. L'arrêté prescrit certaines règles d'organisation et de gestion sur lesquelles les caisses doivent modeler leurs statuts et dont elles doivent s'inspirer pour le fonctionnement de l'assurance.

Les caisses doivent avoir une certaine importance: **un minimum d'effectifs** est fixé: en règle générale, les caisses doivent compter au moins 400 membres. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il peut être fait échec temporairement à cette prescription: la reconnaissance peut être maintenue, sur demande motivée, pendant une année encore, bien que les effectifs soient tombés au dessous de ce chiffre.

Mais, hormis ce cas exceptionnel, le retrait de la reconnaissance doit être prononcé (des dérogations exceptionnelles peuvent être accordées par le Département de l'économie publique en faveur des caisses existantes ou de caisses publiques à créer) (art. 7).

Communication doit être donnée immédiatement à l'Office fédéral par les caisses d'assurance-chômage, des noms et fonctions des personnes élues lors de la constitution des organes de la caisse ou de leurs mutations. Les organes doivent présenter toutes garanties pour une gestion régulière.

L'arrêté se préoccupe aussi de la **cessation de l'activité de la caisse** : il règlemente sa **dissolution** : les caisses sont

autorisées à décider leur dissolution en conformité des statuts. Mais la dissolution doit être prononcée jusqu'à fin septembre pour prendre effet à la fin de l'année. Le consentement du Département de l'économie publique est nécessaire (ce n'est pas aux caisses mais au Département de l'économie publique lui-même qu'il appartient de prononcer la dissolution, en cas de retrait de la reconnaissance).

Le plan de liquidation sera soumis à l'approbation du Département de l'économie publique en vertu de l'art. 9 al. 3ème. La compétence du département a été déléguée à l'Office Fédéral par l'art. Ier. c. D. E.).

Les règles présidant à la dévolution de la fortune de la caisse seront étudiées avec les prescriptions en matière de comptabilité.

La caisse doit poursuivre son activité jusqu'au moment où le plan de liquidation aura été agréé par l'Office Fédéral (art. 18 D.E.).

L'arrêté réglemente également la **fusion** des caisses d'assurance-chômage.

Le plan de fusion doit être agréé par l'Office Fédéral en vertu de l'art. Ier. d. D. E.). Cette compétence est déléguée à l'Office Fédéral: elle appartenait, en vertu de l'art. 10 de l'arrêté, au Département de l'économie publique.

Aucune limite dans le temps n'est fixée pour la fusion: la fusion de plusieurs caisses peut, déclare l'art. 10, avoir lieu **en tout temps.**

Des recours peuvent être formés par les caisses contre les décisions du Département devant l'Office Fédéral.

Les textes posent encore quelques règles portant sur certains points précis de l'administration de la Caisse.

Responsabilité

Les statuts indiqueront les personnes ou institutions répondant des dommages qui ne peuvent être réparés d'une autre façon (art. 6 al. I). L'article 12 dispose, par ailleurs: "les caisses sont tenues de veiller à ce que l'application du présent arrêté et de toutes les prescriptions qui en découlent soit dûment contrôlée; elles doivent, le cas échéant, actionner les organes ou les tiers responsables en reparation du dommage causé".

Amendes

Les caisses sont habilitées à inscrire dans leurs statuts des pénalités sous forme d'amende en cas d'infraction à leurs prescriptions. Une **limite supérieure** est fixée. „Les amendes ne peuvent dépasser 50 francs" (art. 11 al. 1 er.).

Les caisses ont également la faculté de prévoir d'autres sanctions; elles les feront figurer dans leurs statuts.

Rôle

Les caisses doivent tenir à jour un **rôle** indiquant l'année de naissance, la profession, le domicile, la date d'entrée et de sortie de chaque assuré.

Un rôle spécial sera tenu pour les assurés venant d'autres cantons, (l'ancien canton de domicile et la date du changement seront indiqués pour les assurés de ce rôle).

Un rôle spécial sera tenu pour chaque canton où la caisse compte des assurés.

L'Office Fédéral peut entériner d'autres méthodes, pour la tenue des rôles. (art. 5 D. E.).

Les sections des caisses sont tenues aux mêmes obligations en ce qui concerne les rôles. Les mutations intervenues sont communiquées par écrit, tous les mois, aux organes centraux.

Rapport

Un **rapport** sur l'administration générale est établi chaque année en même temps que la communication des comptes. Il est joint aux comptes annuels et adressé à l'Office Fédéral au plus tard le 30 juin de l'année suivante (au canton si c'est lui qui est chargé du contrôle).

B — Règles comptables

Les caisses sont normalement alimentées par les subventions étudiées ci-dessus, par les cotisations des assurés et les versements du fonds de compensation des caisses d'assurance-chômage.

En un premier paragraphe, nous étudierons donc: **les ressources des caisses** (sauf les subventions).

1) les cotisations des assurés
2) les versements du fonds de compensation.

En un paragraphe deuxième, les règles présidant à la **gérance de la fortune.**

I — RESSOURCES DES CAISSES (sauf les subventions)

1) COTISATIONS DES ASSURÉS

En vertu de l'art. 35 de l'arrêté, les cotisations obligatoires des assurés sont fixées d'après les charges qui incombent aux caisses. Et l'article 35 indique la méthode qui permet de déterminer les charges des caisses. Les charges de la caisse sont représentées

par le rapport entre le nombre des assurés complètement indemnisés et le total des assurés. Comme une limite supérieure de 90 jours a été fixée pour le paiement des prestations, le nombre des assurés complètement indemnisés ressort du total des indemnités journalières servies pendant une année civile aux chômeurs complets ou partiels, divisé par 90.

L'ensemble des revenus de la caisse, y compris les cotisations, par conséquent, doit être affecté **uniquement** au paiement des indemnités pour chômage complet ou partiel, aux dépenses résultant du service des indemnités et aux frais d'administration (art. 36 al. 1 er.)

Les excédents d'exercice sont attribués, dit l'alinéa 2 ème de l'arrêté, à la fortune de la caisse.

Les fonds de réserve spéciaux que les caisses ont créés en vertu de prescriptions cantonales ont été incorporés à la fortune de la caisse dès l'entrée en vigueur de l'arrêté (art. 83 D. E.).

Les articles 40 à 42 (inclus) de l'arrêté fixent les règles en matière de taux des cotisations et prévoient certaines exceptions.

A —

Pour la fixation du taux des cotisations deux règles:

1) Les dépenses entrant en ligne de compte doivent être couvertes par le total annuel des cotisations encaissées, ajouté aux subventions. Les cotisations qui restent généralement impayées seront déduites.

Les dépenses entrant en ligne de compte sont fixées forfaitairement sur la base de 7% d'assurés entièrement indemnisés. L'art. 65 D. E. prend en considération pour le paiement des assurés la somme de 4 frs. 50 pour 5,01 à 10,0% d'assurés complètement indemnisés.

Il faudra donc que $D = S + C = Ci$, soit:

$I + 4$ frs. $50 \times N = S + C - Ci$

— I étant égal aux indemnités pour chômage versées conformément aux prescriptions

— N étant égal au nombre des assurés (pendant l'année, quelle que soit l'époque à laquelle ils ont obtenu leur affiliation)

— S étant égal au total des subventions

— C étant égal au total des cotisations

— Ci étant égal au total des cotisations impayées.

C étant la somme que l'on cherche, elle résultera de:

$I + (4{,}5 + 25 \times N) - S + Ci.$

2) La cotisation annuelle ne peut être inférieure à 12 francs par assuré.

B —

deux exceptions:

Réduction

La caisse peut obtenir une réduction du taux des cotisations, si elle compte moins de 7% d'assurés complètement indemnisés ou si sa fortune par assuré dépasse une somme égale à trente fois l'indemnité journalière moyenne, c.-à-d. si sa fortune est égale à 30 fois l'indemnité journalière moyenne multipliée par le nombre des assurés.

C'est le Département de l'économie publique qui accorde la réduction.

Il ne peut abaisser la cotisation à moins de 6 francs.

Augmentation

A l'inverse, la **cotisation annuelle doit être augmentée** d'un montant moyen de 5 francs par assuré si la fortune des assurés n'est pas égale à 30 fois l'indemnité journalière moyenne multipliée par le nombre des assurés.

Le taux de la cotisation sera augmenté l'année suivante d'un supplément approprié si les cotisations encaissées n'atteignent pas le minimum exigé.

Il en sera de même si les frais d'administration dépassent au cours d'une année la limite maximum (Art. 67 D. E.).

Paiement des cotisations

L'article 69 D. E. prescrit aux caisses, lorsqu'elles constatent que des cotisations n'ont pas été acquittées aux échéances prescrites, de prendre toutes mesures utiles pour éviter une augmentation des cotisations arriérées.

Les caisses publiques peuvent inviter les employeurs à opérer, par retenue sur les salaires de leur personnel assujetti à l'assurance obligatoire, le recouvrement des cotisations arriérées de plus de deux mois.

En vertu de l'art. 79 D. E., la compensation est possible entre l'indemnité de chômage et les cotisations courantes (correspondant à 4 semaines au plus) et les cotisations arriérées des huit semaines qui précèdent immédiatement le début du chômage.

Dispense

L'alinéa 2ème de l'art. 69 D. E. habilite l'Office Fédéral à faire droit à la demande de l'assuré sollicitant une dispense de paiement des cotisations, si des circonstances spéciales justifient cette exemption.

2) VERSEMENTS DU FONDS DE COMPENSATION DES CAISSES D'ASSURANCE-CHOMAGE

A — Organisation et ressources du fonds de compensation

L'article 51 de l'arrêté déclare qu'il est créé un „fonds de compensation des caisses d'assurance-chômage".

Ce fonds de compensation déploie son activité en faveur des caisses publiques, des caisses paritaires et des caisses syndicales. Il assure le service des suppléments compensatoires.

Les ressources du fonds de compensation proviennent des caisses et d'un fonds de compensation créé en 1941. Les Pouvoirs Publics participent indirectement au financement du fonds de compensation de l'assurance-chômage.

a) **Les caisses** versent au fonds de compensation des caisses d'assurance-chômage une contribution annuelle de 2 francs par assuré. Les caisses acquittent leurs contributions, chaque année, jusqu'à fin septembre au plus tard.

b) **Le fonds de compensation institué conformément à l'arrêté du 7 octobre 1941** verse au fonds de compensation des caisses d'assurance-chômage une contribution annuelle de **huit francs.** Il peut être fait appel aux réserves du fonds de compensation créé en 1941 si, au cours de l'année, le fonds de compensation de l'assurance-chômage ne peut plus continuer les prestations mises à sa charge. Le fonds de compensation des caisses d'assurance-chômage remboursera ces avances dans la mesure de ses ressources. Le fonds de compensation porte intérêt: l'administration des finances est chargée d'en tenir comptabilité.

c) Les **pouvoirs publics** remboursent au fonds créé en 1941, la moitié de ses dépenses, la Confédération contribue à ses prestations pour les 2/3 — les cantons pour 1/3.

B — Prestations dûes par le fonds de compensation de l'assurance-chômage

Caisses ayant droit au supplément compensatoire

Pour être admis au bénéfice du supplément compensatoire, les caisses doivent :

1. avoir droit à la subvention fédérale de base pour l'année où elles demandent le supplément.

2. accuser, d'après leurs comptes annuels, plus de 7% d'assurés complètement indemnisés.

3. avoir un excédent de dépenses au sens de l'article 78/D.E.

Il y a excédent de dépenses quand le résultat de la soustraction suivante est positif:

$$(I + F) - (S + C)$$

— I représentant le total des indemnités servies conformément aux prescriptions

— F représentant le montant des frais d'administration que l'art. 67 prend en considération pour le calcul des subventions

— S représentant les subventions fédérale et cantonale

— C représentant les cotisations calculées sur la base de 7 % d'assurés complètement indemnisés.

Montant du supplément compensatoire

En **règle générale**, le supplément compensatoire est égal à 66 % de l'excédent des dépenses au sens ci-dessus défini.

Mais l'article 50 de l'arrêté qui fixe ce taux, prévoit dans les alinés 2 à 4 inclus, les exceptions susceptibles de déroger à la règle générale.

Réduction du supplément compensatoire

Le supplément compensatoire est réduit dans la mesure où, ajouté à la fortune de la caisse, il dépasse par assuré le produit de 15 indemnités journalières moyennes.

Il y aura donc réduction proportionnelle si:

$$\frac{Fo + Sp}{N} > 15 \times i$$

— Fo représentant la fortune de la caisse
— Sp représentant le supplément compensatoire alloué
— N représentant le nombre d'assurés de la caisse
— i représentant l'indemnité journalière moyenne

Augmentation du supplément compensatoire

Le supplément compensatoire est augmenté dans la mesure nécessaire au maintien d'une fortune égale à cinq fois l'indemnité journalière moyenne par assuré, si la fortune de la caisse est inférieure par assuré à quinze fois l'indemnité journalière moyenne mais supérieure à cinq fois cette indemnité.

Il y aura donc accroissement du supplément compensatoire dans la mesure ci-dessus indiquée, si

$$5 \times i < \frac{Fo}{N} < 15 \times i$$

Supplément compensatoire égal à l'excédent de dépenses entrant en ligne de compte

Le supplément compensatoire couvrira complètement l'excédent des dépenses pris en considération (en vertu de l'art. 78, D. E.) si la fortune est inférieure par assuré à cinq fois l'indemnité journalière moyenne.

Il y aura donc couverture totale de l'excédent de dépenses entrant en ligne de compte si

$$\frac{Fo}{N} < 5 \times i$$

Cas exceptionnels

Le fonds de compensation des caisses d'assurance-chômage peut accorder des suppléments spéciaux pour l'assainissement de leurs finances aux caisses qui ont une fortune insuffisante, **a condition que la situation difficile de ces caisses ne résulte pas d'une gestion défectueuse.**

Retenue

Le supplément compensatoire peut être retenu aussi longtemps que la caisse ne donne pas suite aux instructions des autorités fédérales.

II — GÉRANCE DE LA FORTUNE

L'article 52 de l'arrêté dispose que la fortune des caisses sert uniquement à couvrir les excédents de dépenses que peuvent accuser les comptes annuels.

La fortune des caisses comprend :
— les fonds nécessaires à l'exploitation (fonds de roulement)
— les réserves.

Les dispositions d'exécution définissent le sens qu'il convient de donner à ces deux termes.

Le fonds de roulement

comprend l'argent liquide nécessaire pour assurer les mouvements de fonds ordinaires.

L'article 11/D. E. en indique la composition :

le **solde** en caisse,
les **avoirs** sur comptes de chèques postaux et sur comptes-courant.

Les réserves

doivent être obligatoirement placées sous forme:

A) de **livrets d'épargne** auprès de banques autorisées par la loi fédérale sur les banques et les caisses d'épargne à accepter de tels placements

B) **d'obligations ou autres titres** de la Confédération et des Cantons

— des communes autorisées par le Canton dont elles font partie à contracter des emprunts

— des établissements dont les engagements sont garantis par la Confédération, par des Cantons ou par des communes.

C) **de lettres de gage** des centrales d'émission de lettres de gage

D) **d'hypothèques suisses de premier rang** (jusqu'à concurrence des 2/3 de l'estimation cadastrale).

Ces placements peuvent être faits sans approbation préalable de l'Office Fédéral.

Pour être autorisées à investir leurs réserves sous d'autres formes, les caisses doivent obtenir l'approbation du Conseil Fédéral pour leurs placements.

La comptabilité est tenue à part au nom de la caisse. Il en est de même de l'administration de la fortune.

Les caisses **arrêtent leurs comptes** à la fin de l'année civile. Elles les adressent à l'Office Fédéral au plus tard le 30 juin de l'année suivante. Les caisses doivent joindre les pièces justificatives nécessaires. Il arrive que le contrôle soit confié à un canton. Dans ce cas, le rapport lui est adressé directement (un exemplaire étant expédié à l'Office Fédéral).

Contrôle

Le **contrôle** est à **deux degrés**

— 1. Il est exercé au premier stade par **des organes des caisses.** Ces organes font deux vérifications par an dont l'une est plus approfondie, plus minutieuse que l'autre et porte le nom de **vérification principale.** Elle s'étend de la comptabilité à la gérance de la fortune. Elle a lieu au moment où sont arrêtés les comptes annuels.

En ce qui concerne la comptabilité proprement dite, la vérification porte sur la régularité et l'exactitude de la comptabilité (les pièces comptables seront examinées).

Un rapport élaboré par les organes de contrôle rend compte des constatations faites: il est adressé à la caisse et à l'Office Fédéral (au canton aussi, si le contrôle lui est confié au deuxième stade.)

L'activité des organes de contrôle peut être surveillée par l'Office Fédéral.

— 2. Il est exercé au deuxième stade par **l'Office Fédéral** (éventuellement le canton désigné par le Département de l'économie publique). Ce contrôle a lieu une fois par an. Il s'étend du premier contrôle effectué par les organes des caisses, à la comptabilité, à la gestion et aux comptes annuels.

Il doit avoir lieu de telle sorte que la vérification soit terminée au 15 juin de la deuxième année après celle qui fait l'objet de la vérification. Si c'est le canton qui est chargé du contrôle, l'Office cantonal du travail adressera à l'Office Fédéral un rapport détaillé en deux exemplaires.

En règle générale, l'Office Fédéral est donc toujours au sommet de la pyramide de contrôle (ce n'est que dans le cas où l'Office cantonal du travail est chargé directement du contrôle qu'il peut inviter lui-même les caisses à lui fournir leurs observations et qu'il est habilité à **statuer** définitivement, à charge pour lui de communiquer sa décision à l'Office Fédéral).

D'autre part, le Département de l'économie publique conserve un droit de regard sur l'activité des autorités cantonales chargées par lui d'effectuer le contrôle à la place de l'Office Fédéral: l'art. 15 parle de droit de „surveiller l'activité".

La Confédération contribue aux frais causés à l'administration cantonale par le contrôle dont elle est chargée. Il est versé au canton une indemnité de 0 frs, 50 par assuré indemnisé pendant 40 jours au moins en moyenne. Un supplément d'un centime pour chaque tranche de 5 jours qui dépasse la durée moyenne d'indemnisation de 40 jours est alloué en sus.

Dans la grande majorité des cas où l'Office Fédéral communique aux caisses les observations qu'il est amené à faire au sujet des rapports, les caisses sont invitées par lui à formuler leurs observations dans un certain délai. Ce délai écoulé, l'Office Fédéral statue définitivement.

Qu'advient-il s'il ressort du contrôle qu'un assainissement des finances de la caisse est nécessaire?

L'article 32 de l'arrêté autorise le Département de l'économie publique à subordonner le versement des subventions fédérales à la

condition que la situation de la caisse soit assainie.

Le Département peut faire usage de cette faculté si la caisse a une fortune insuffisante pour faire face à ses engagements ou si elle est mal gérée.

L'office fédéral est chargé par l'art. 1er e./D.E. d'établir les conditions d'un assainissement et d'accorder des suppléments spéciaux dans ce but. Il a été indiqué ci-dessus (fonds de compensation) de quelle manière ces suppléments spéciaux peuvent être alloués. Un recours peut être formé par les caisses, dans les dix jours, contre les décisions de l'Office Fédéral dans ce domaine.

---

§ 3ème SITUATION DES ASSURÉS

Seront envisagés successivement:

I — Les conditions d'affiliation aux caisses d'assurance-chômage

II — Les obligations incombant aux assurés

III — les droits des assurés.

I — CONDITIONS D'AFFILIATION AUX CAISSES D'ASSURANCE-CHOMAGE

1. PERSONNES ADMISES AU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE-CHOMAGE

Les statuts fixent les conditions d'admission qui peuvent varier d'une caisse à l'autre, pourvu que soient respectées les prescriptions des textes en vigueur.

L'article 15 alinéa 1er de l'arrêté donne la longue énumération ci-dessous **des personnes qui ne peuvent faire partie d'une caisse d'assurance-chômage.**

L'arrêté procède donc par élimination: toute personne n'appartenant pas aux catégories exclues du bénéfice de l'assurance-chômage, pourra être assurée par les caisses si leurs statuts l'admettent.

Ne peut faire partie d'une caisse d'assurance-chômage en vertu de l'art. 15 de l'arrêté:

a) celui qui ne peut justifier d'une activité professionnelle régulière en qualité de salarié. L'ordonnance du 24 août 1945 - entrée en vigueur le 1er janvier 1945 - dénomme „activité professionnelle régulière" l'activité de l'assuré qui peut justifier indépendamment du service militaire de 150 jours de travail pendant les 365 jours précédant sa demande d'affiliation. L'Office Fédéral peut accorder

des dérogations en faveur des militaires. L'art. 24/D.E. examine enfin le cas de l'assuré travaillant temporairement à son compte. Il faut alors que son activité en qualité d'employé ait un caractère prépondérant. Les ressortissants suisses qui ne peuvent justifier d'une activité régulière du fait qu'ils ont séjourné longtemps à l'étranger avant leur demande d'admission peuvent être néanmoins admis par les caisses (art.88/D.E.).

b) celui dont l'activité professionnelle est insuffisamment contrôlable.

c) celui qui, d'une façon durable, est „ peu apte ou pas apte du tout à être placé "

d) celui dont l'activité professionnelle compromet dans une notable mesure son placement ou ses possibilités de trouver du travail

e) celui qui, par l'inobservation des prescriptions ou par son inconduite se montre indigne d'être assuré

f) celui qui, à côté de son activité professionnelle en qualité de salarié, possède une entreprise autonome lui permettant de subvenir à son entretien ou à celui de sa famille

g) celui qui par suite d'un emploi, reçoit une rente ou une pension lui permettant de subvenir à son entretien ou qui a reçu une indemnité correspondante en capital. L'art. 26/D.E. lève l'interdiction d'affiliation à l'assurance en faveur des assurés ayant des charges d'entretien ou d'assistance et qui ne parviennent pas à subvenir à leurs charges grâce au rendement de l'entreprise, aux arrérages de la rente, de la pension ou de l'indemnité en capital. C'est le canton qui édicte les prescriptions permettant de déterminer si les ressources provenant de l'exploitation sont suffisantes pour permettre à l'assuré de subvenir à son entretien et à celui de sa famille. Les prescriptions du canton où l'entreprise a son siège, guideront les cantons dans leur décisions.

L'exclusive prononcée par l'article 15 alinéa 1er procède donc de trois motifs distincts:

— dans les cas prévus sous a, b et c, c'est **l'activité** (ou la non-activité) du candidat qui est cause du rejet

— dans les cas envisagés par d et e, c'est **l'élément défavorable du comportement du candidat (ou de l'assuré)** qui provoque la déchéance du droit à l'assurance

— dans les cas étudiés par f et g, le fait que le **candidat** (ou l'assuré) **peut subvenir à son entretien** emporte la perte de la qualité d'assuré.

Outre les cas examinés ci-dessus, il en est d'autres fermant les portes des caisses d'assurance-chômage. Ils sont indiqués par l'alinéa 2ème de l'art. 15

A — Les uns se rapportent à l'**âge** du candidat:

1) nul ne peut être assuré contre le chômage avant l'âge de **seize** ans (cette limite pouvant être élevée de deux ans par les cantons)

2) nul ne peut obtenir son admission à une caisse d'assurance-chômage passé l'âge de 60 ans (art. 31/D.E.)

3) les travailleurs assurés avant l'âge de 60 ans peuvent rester au bénéfice de l'assurance-chômage jusqu'à l'âge de 65 ans. Après l'âge de 65 ans, les travailleurs assurés ont encore droit, en cas de chômage, à 270 indemnités journalières au maximum. Après l'âge de 60 ans, les assurés ne peuvent passer dans une autre caisse qu'à la condition que la sortie de la première caisse ne leur soit pas imputable (art. 31/D.E.).

B — D'autres cas se rapportent à la **situation spéciale de la profession par rapport au chômage**:

il s'agit de travailleurs appartenant à des professions manquant de main-d'œuvre. Ces cas sont étudiés par l'art. 16 de l'arrêté.

— 1) **Agriculture** — Un stage de deux ans dans l'industrie ou dans l'artisanat est nécessaire aux travailleurs occupés auparavant dans l'agriculture qui veulent faire partie d'une caisse d'assurance-chômage. Des dérogations peuvent être accordées par l'Office Fédéral. Inversement, il est loisible aux gouvernements cantonaux d'augmenter jusqu'à un maximum de cinq années le stage imposé aux travailleurs venant d'entreprises agricoles.

— 2) **Autres professions où se manifeste une pénurie de main-d'œuvre** -

Le Département de l'économie publique peut, en vertu de l'alinéa 2ème de l'art. 16, restreindre **temporairement** l'affiliation des travailleurs appartenant à d'autres professions où il y a pénurie de main-d'œuvre.

C — Nul ne peut être admis dans plus d'une caisse d'assurance-chômage (art. 19).

D — L'arrêté prévoit un régime spécial pour l'admission aux caisses d'assurance-chômage des **femmes mariées**. Le Département de l'économie publique est habilité par l'alinéa 3ème de l'article 15 à régler l'assurance de la femme mariée.

L'article 22/D.E. dit que la femme mariée n'est assurable qu'avec l'assentiment de l'Office cantonal compétent en matière

d'assurance-chômage. Le texte primitif a été remanié et introduit dans les dispositions d'exécution en vertu d'une ordonnance du Département de l'économie publique du 24 août 1945 avec effet rétroactif au 1er mai 1945.

Pour être admise au bénéfice de l'assurance-chômage, la femme mariée doit:

— remplir les conditions requises pour l'affiliation

— satisfaire en principe aux prescriptions de l'Office Fédéral sur les possibilités de placement.

Des règles spéciales exposées ci-dessous déterminent les droits de la femme mariée aux prestations de la caisse.

E — L'article 21/D.E. tranche le cas des **enfants célibataires travaillant dans une entreprise exploitée par leurs parents** (ou même par des employeurs d'un degré de parenté plus éloigné, si les cantons ou les caisses en font la demande).

Ces enfants ne peuvent être au bénéfice de l'assurance-chômage, à moins que l'application de cette disposition ne se révèle inéquitable. L'Office Fédéral peut alors, en considération du cas d'espèce, accorder des dérogations.

F — L'article 23/D.E. règle la situation des **apprentis**

Ceux-ci n'ont pas, en effet, au sens de l'arrêté, la qualité de travailleur. Ils sont néanmoins autorisés à s'assurer six mois avant la fin de leur apprentissage. Il faut, cela va de soi, qu'ils remplissent les autres conditions exigées pour l'affiliation.

Les élèves de certaines écoles professionnelles peuvent être assimilés à des apprentis et bénéficier des mesures ci-dessus. L'assimilation résulte d'une décision de l'Office Fédéral, décision prise en accord avec les autorités cantonales compétentes.

Cas spéciaux

A — Personnes n'ayant pas de domicile en Suisse

Les personnes n'ayant pas de domicile en Suisse doivent obtenir l'autorisation de l'Office Fédéral si elles désirent s'affilier à une caisse d'assurance-chômage.

B — Ressortissants étrangers ayant leur résidence en Suisse mais ne bénéficiant pas d'un permis d'établissement

Il est loisible à l'Office Fédéral, s'il le juge utile, d'établir des prescriptions particulières sur l'affiliation des ressortissants étrangers ayant leur résidence en Suisse mais n'étant pas au bénéfice d'un permis d'établissement.

Ces deux cas spéciaux font l'objet de l'art. 20/D.E.

C — Assurés venant d'une caisse reconnue et demandant leur affiliation à une caisse publique

L'article 14 de l'arrêté rend obligatoire l'admission par les caisses publiques des assurés venant d'une caisse reconnue et demandant leur affiliation à une caisse publique dont ils remplissent les conditions statutaires, dans les deux cas suivants:

— assuré sorti volontairement d'une caisse reconnue,

— assuré exclu, sans sa faute, d'une caisse reconnue.

La règle prescrite en matière de cotisation est étudiée ci-dessous (obligation des assurés).

L'admission obligatoire par les caisses publiques peut être étendue, sur ordre des gouvernements cantonaux, à d'autres catégories d'assurés.

L'article 28 alinéa 1er/D.E. préserve les droits de l'**assuré qui, ayant changé de lieu de domicile, ne peut s'affilier à une caisse publique,** comme l'arrêté lui en donne le droit.

Dans ce cas, la caisse à laquelle l'assuré appartient, est tenue de maintenir son affiliation pendant le temps nécessaire,

Une limite **supérieure** est toutefois fixée: l'obligation de conserver l'assuré n'est mise à la charge de la caisse que pour une période maximum d'une année.

L'article 28 alinéa 2ème/D.E. préserve les droits de **l'assuré quittant une association professionnelle et se voyant exclu ipso facto de la caisse qui y est rattachée.**

Si l'assuré ne peut s'affilier sans délai à une caisse publique, la caisse rattachée à l'association professionnelle devra maintenir l'affiliation.

Une **limite supérieure** d'une année est fixée; comme dans le cas précédent.

L'Office Fédéral peut faire droit à une requête motivée de la Caisse demandant d'être déliée de cette obligation.

II — Formalités requises pour l'affiliation à une caisse d'assurance-chômage

Le candidat demandant pour la première fois à s'assurer ne sera admis au sein de la caisse qu'après une décision intervenue dans ce sens de la part des autorités chargées du „contrôle préalable". Les autorités de contrôle sont appelées à prendre également une décision concernant les demandes d'affiliation présentées aux

caisses, lorsque les organes des caisses ont des doutes, dans un cas d'espèce, sur l'admissibilité de la demande présentée.

Si une caisse prononçait l'affiliation sans l'avoir soumise au contrôle préalable, elle ne pourrait exiger de l'assuré la restitution des indemnités servies sous prétexte que l'assuré n'ayant pas rempli les conditions d'admission, ne pouvait valablement obtenir l'affiliation (art. 29/D.E.).

II — OBLIGATIONS INCOMBANT AUX ASSURÉS

1. Les candidats, pour être admis au bénéfice de l'assurance, doivent remplir les conditions statutaires d'admission. Les assurés, pour être maintenus au sein de la caisse, doivent continuer de remplir les conditions exigées (et qui sont indiquées ci-dessus). Sauf exception, la caisse est donc tenue de prononcer l'exclusion des assurés ne remplissant plus les conditions d'admission.

L'exception éventuellement admise, l'est en faveur de l'assuré se trouvant dans une situation particulière, pour lequel la caisse elle même demande à l'Office Cantonal du Travail l'autorisation de maintenir l'affiliation. (art. 30/D.E.).

2. Certaines obligations précises résultent a contrario de l'art. 22 de l'arrêté prescrivant de restreindre le droit à indemnité dans les cas qu'il énumère ensuite. Il s'agit d'obligations mises à la charge des assurés que ces derniers ont négligé de remplir.

On peut donc dire qu'en vertu de l'art. 22, l'assuré est tenu:

— de **travailler** tant qu'il peut trouver à s'employer dans des conditions acceptables et de profiter d'une occasion convenable de travail

— de **faire une déclaration de chômage** au service public de placement de son domicile, ou à défaut, à un service professionnel de placement désigné par le département de l'économie publique

— de **s'efforcer de trouver du travail par lui-même,** s'il est en chômage. Selon l'art. 23 de l'arrêté et l'art. 34 al. 1er/D.E., il doit accepter du travail, même s'il s'agit d'une occupation provisoire ou d'une occupation hors de son lieu de domicile ou hors de sa profession

— **de se conformer aux prescriptions sur le contrôle.**

Cette obligation de se conformer aux prescriptions sur le contrôle joue même si l'assuré n'a pas droit à l'indemnité de chômage. Le contrôle s'effectue une fois par jour pour les assurés indemnisés, et deux fois par semaine, au moins, pour les assurés qui n'ont pas

droit à l'indemnité. Les gouvernements cantonaux peuvent, s'ils le jugent bon, déroger à la règle du contrôle journalier, à condition d'obtenir l'approbation du Département de l'économie publique.

Le contrôle est effectué par l'office communal du travail du lieu de domicile de l'assuré. S'il n'existe pas, dans un canton, d'offices, cantonal ou communaux de travail, le gouvernement cantonal peut désigner d'autres autorités pour remplir la tâche dévolue aux offices par les textes règlementant l'assurance-chômage.

Étendue du contrôle

L'obligation de se soumettre au contrôle existe en cas de chômage partiel d'une certaine importance. Toutefois, si le chômage ne s'étend pas à des journées entières, l'assuré n'est pas tenu de se présenter personnellement au contrôle. Mais, sur demande des autorités compétentes, l'employeur doit fournir les indications qui lui sont demandées au sujet de l'importance du chômage.

Si les réductions journalières de l'horaire normal du travail se prolongent „assez longtemps" (art. 36/D.E.) les assurés peuvent être assujettis au contrôle personnel décrit ci-dessus.

Exemption temporaire de contrôle

Inversement, même quand le contrôle est de règle, les offices cantonaux du travail peuvent — dans des cas d'espèce — accorder des dispenses pour une durée limitée. La demande doit donner les raisons qui militent en faveur de l'exemption.

— Cette faculté mise à la disposition des offices cantonaux a été introduite par l'ordonnance du Département de l'économie publique du 24 août 1945 comportant effet rétroactif au 1er Janvier de la même année.

Elle est énoncée par l'art. 35/D.E. —

Cas spécial —

L'art. 37/D.E. donne la possibilité à l'assuré qui ne trouve pas de travail à l'Office communal de son domicile, de se faire contrôler en dehors du lieu de son domicile.

Trois conditions:

— l'autorisation doit procurer des avantages personnels à l'assuré.

— l'autorisation doit augmenter ou maintenir intactes les possibilités du chômeur de trouver un emploi.

— l'autorisation doit être accordée par l'office communal du travail (ou à défaut, par l'autorité chargée d'exercer ses attributions).

Le chômeur est encore tenu:

— de **suivre régulièrement les cours** approuvés par les autorités qui lui ont été prescrits pour augmenter ses possibilités de gain (art. 46/D.E.)

— de **ne transférer son domicile dans une autre localité** qu'avec l'autorisation du service de placement du canton qu'il désire quitter (page 43, art. 79/D.E.).

L'article 79/D.E. oblige les assurés à fournir aux caisses, immédiatement et spontanément, les renseignements concernant tous faits de nature à influer sur leur qualité d'assuré et leur droit à l'indemnité ainsi que sur leur gain provisoire.

Sanction de ces obligations

En cas d'inobservation des obligations ainsi définies, l'assuré est **déchu** du droit à l'indemnité pendant un certain laps de temps que le Département de l'économie publique est chargé de déterminer.

III — DROITS DES ASSURÉS

Nous examinerons successivement:

— A — les droits des assurés pendant la durée de leur affiliation à la caisse

— B — les droits des assurés quittant la caisse.

— A — DROITS DES ASSURÉS PENDANT LA DURÉE DE LEUR AFFILIATION A LA CAISSE

Les assurés doivent bénéficier de toutes les prestations promises par les statuts tant qu'ils remplissent les conditions d'admission.

Les assurés ne peuvent être exclus que pour des motifs spécifiés dans les statuts.

Les caisses paritaires ne peuvent pas prononcer l'exclusion sous prétexte de la sortie d'une entreprise affiliée ou de la résiliation du contrat de travail.

Le droit essentiel de l'assuré est le **Droit à l'indemnité de chômage.**

Il est assorti de certaines conditions (art. 20 et 21)

CONDITIONS NÉCESSAIRES POUR L'ATTRIBUTION DE L'INDEMNITÉ DE CHOMAGE

1. CONDITION DE STAGE

Cas général

— l'assuré doit avoir fait partie de la caisse et avoir versé ses cotisations depuis 180 jours

— le droit à l'indemnité s'exerce au plus tôt le deuxième jour du chômage contrôlé (art. 20 al. 1er)

Ce délai d'attente d'un jour doit être observé une fois au cours de l'année civile (il peut être tenu compte d'un chômage partiel ne donnant pas droit à indemnité. Le délai est réputé observé s'il y a eu, au cours de l'année, un jour ou huit heures de chômage sans indemnisation.

1. CONDITIONS RELATIVES A LA PERSONNE DE L'ASSURÉ

— l'assuré doit être capable de travailler
— l'assuré doit être apte à être placé.

3. CONDITIONS RELATIVES A LA SITUATION DE L'ASSURÉ

— l'assuré ne doit pas être au bénéfice, en vertu de son contrat de travail, d'une indemnité pour perte de gain versée par l'employeur

— les vacances de l'assuré ne peuvent être considérées comme période chômée — il en est de même des jours fériés légalement reconnus

— l'assuré ne doit pas avoir interrompu son travail en raison de l'exécution de travaux revenant régulièrement dans l'entreprise comme inventaire, nettoyage, réparations, et provoquant un arrêt momentané des autres activités.

S'il ne remplit pas les conditions énoncées ci-dessus sous 2 et 3, l'assuré n'a droit à aucune prestation tant qu'elles ne sont pas réunies.

4. CONDITION SPÉCIALE EN VUE DE PRÉVENIR LES GRÈVES

L'assurance-chômage ne déploie pas ses effets pendant la durée d'un conflit collectif du travail. Les indemnités ne sont pas dues pendant toute la durée du conflit et même pendant les 30 jours qui suivent.

5. CONDITIONS RELATIVES AUX OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

L'assuré doit remplir toutes les conditions lui incombant à teneur des statuts. Certaines obligations sont légales et ont été envisagées ci-dessus. Les caisses sont tenues de les faire respecter par leurs membres. La désobéissance aux règles édictées provoque l'intervention du Département de l'économie publique qui règle la durée de la déchéance proportionnellement à l'importance de la faute et à

la gravité du cas. Une limite est fixée pour les fautes légères : la durée de la déchéance variera, en vertu de l'article 52/D.E. entre une et douze semaines.

Si une faute grave a été commise, le Département de l'économie publique doit obligatoirement prononcer une déchéance de douze semaines ou plus. Les caisses et les offices cantonaux du travail peuvent prononcer la déchéance et en fixer la durée (communication de la décision de déchéance est donnée à l'assuré et à l'autorité de contrôle).

Les articles 39 à 51 des dispositions d'exécution précisent les circonstances dans lesquelles doivent être prononcées les déchéances en cas d'inobservation de leurs obligations par les assurés.

A — D'après l'article 39/D.E. les assurés qui ne peuvent pas fournir la preuve qu'ils ont **travaillé pendant au moins 150 jours entiers au cours des 365 jours précédant leur demande d'indemnité** ne peuvent pas prétendre obtenir les prestations de l'assurance-chômage.

En cas de circonstances spéciales susceptibles d'avoir des répercussions sur le marché du travail, en cas de maladie, d'accidents ou de service militaire, il peut être dérogé à cette règle par l'Office Fédéral qui est habilité à établir les instructions nécessaires et à donner les autorisations en présence de cas d'espèce dignes d'intérêt.

B — La Caisse ne peut d'autre part, procéder sans délai à l'indemnisation d'un assuré lorsque, par suite de maladie, d'accident ou pour d'autres raisons, sa **capacité de travail ou ses possibilités de placement sont douteuses.**

Avant d'effectuer un versement quelconque, la caisse doit soumettre le cas au contrôle préalable des autorités habilitées à cet effet. C'est de la décision de ces autorités que dépendra en définitive le sort fait à la requête présentée.

Le droit à indemnité se trouve d'ailleurs provisoirement éteint par une incapacité de travail se prolongeant plus de quinze jours.

Pour être à nouveau au bénéfice de l'assurance-chômage, l'assuré devra, soit reprendre le travail, soit fournir un certificat médical attestant qu'il est capable de le faire. Le contrôle préalable s'exercera dans les conditions ci-dessus indiquées.

C — L'article 43/D. E. précise le sens qu'il convient de donner à **„jour férié"**

1. les jours fériés reconnus officiellement par la Confédération

sont le Nouvel An, l'Ascension, Noël. Ces jours fériés ne donnent pas droit à l'indemnité.

2. les autres jours fériés désignés officiellement par les gouvernements cantonaux et valables pour leur territoire ne confèrent pas davantage de droit à indemnité.

Lorsque l'assuré travaille un dimanche ou un jour férié officiel en vertu d'une autorisation émanant des autorités compétentes, ce jour est remplacé par un jour de congé. Les vacances, en vertu de de l'art. 21 b de l'arrêté n'ouvrent pas de droit à l'indemnité de chômage.

D — L'article 44/D. E. développe la notion de **„chômage dû à une faute de l'assuré"**.

Il y a faute de l'assuré et donc déchéance du droit à indemnité dans les limites fixées par le Département de l'économie publique sur la base de l'article 52/D. E. quand:

— le congédiement de l'assuré est intervenu pour mauvaise volonté ou pour négligence grave, ou pour refus de travailler, ou pour violation du règlement, ou pour violation du contrat de travail

ou lorsque:

— la réalisation du contrat émane d'un assuré qui s'est départi de son contrat sans s'assurer au préalable d'une autre possibilité de gain. Il n'y a pas faute de l'assuré, s'il a résilié son contrat pour des motifs valables.

E — Le sens de **„travail convenable"** est mis en lumière par l'article 45/D. E. qui décrit le processus suivi en cas de refus d'un emploi par l'assuré.

Processus suivi:

a) l'office communal du travail, considérant un travail comme „convenable" l'offre à l'assuré en chômage

b) l'assuré refuse l'emploi

c) l'office communal du travail fait connaître le refus de l'assuré:

1 — à la caisse

2 — à l'autorité chargée du contrôle préalable

d) la caisse requiert sans délai la décision de l'autorité chargée du contrôle préalable si elle ne considère pas le travail comme convenable.

L'assuré ne peut être indemnisé s'il refuse un travail jugé convenable.

Sens de „travail convenable"

L'alinéa 2ème de l'art. 45/D. E. dit que:

„n'est pas réputé convenable un travail à exécuter à des conditions ne correspondant pas aux usages locaux ou professionnels ou qui sont contraires aux stipulations du contrat collectif de travail auxquelles est assujetti l'assuré, ou un travail à exécuter dans une entreprise où un conflit collectif du travail est en cours".

Le sens de „travail convenable" résulte a contrario de ce texte.

Un recours est ouvert aux assurés dans les trois jours suivant la communication de la décision devant l'Office Cantonal, contre les décisions des offices communaux déclarant un emploi „convenable" et ayant été approuvé par leurs caisses. La procédure est gratuite.

Deux cas distincts sont étudiés par l'article 45 (2 et 3)

a) — celui de l'assuré ne trouvant pas d'emploi dans une entreprise liée par un contrat collectif de travail: si l'emploi offert dans une entreprise qui n'est pas partie au contrat peut être considéré comme convenable, l'assuré devra accepter l'emploi

b) — celui de l'assuré à capacité de travail réduite: même si la rémunération est inférieure au salaire normal mais correspond au travail effectif, l'assuré devra accepter l'emploi qui est réputé „convenable".

L'article 46/D. E. oblige les dirigeants de **cours de perfectionnement professionnels** à signaler immédiatement aux caisses et aux autorités chargées du contrôle préalable des assurés qui, par leur faute, ne suivent pas ou suivent irrégulièrement les cours qui leur ont été prescrits.

L'inobservation des obligations de l'assuré entraîne, là encore, une déchéance du droit aux prestations que les caisses prononcent et dont elles fixent la durée (les offices cantonaux du travail étant habilités à agir dans le même sens, indépendamment des caisses).

L'assuré qui n'est plus occupé comme employé mais exerce une **activité indépendante** n'a pas droit aux indemnités **pendant qu'il exerce cette activité.** Telle est la règle posée par l'art. 47/ D. E. qui examine dans les alinéas suivants les différentes hypothèses susceptibles de se produire:

1. assuré exerçant une activité indépendante parce qu'il n'a pas de travail comme employé. Cet assuré aura droit aux prestations de l'assurance s'il est en chômage, à condition de renoncer à son activité indépendante

2. assuré exerçant une activité indépendante, bien qu'il aurait la possibilité de faire un „travail convenable" comme employé. Dans

ce cas, le droit de l'assuré à l'indemnité de l'assurance-chômage est réduit, dit l'alinéa 3ème, „d'une façon appropriée".

Les caisses ne sont pas libres d'appliquer directement les prescriptions ci-dessus.

Elles doivent soumettre les cas appartenant à ces catégories à l'examen de l'autorité chargée du contrôle préalable qui décidera s'ils remplissent les conditions de l'art. 47.

F — Enfin, l'assuré qui demande les prestations de l'assurance-chômage doit établir qu'il s'est conformé aux **prescriptions sur le contrôle des chômeurs** durant les 365 jours précédant sa demande.

Il sera procédé à une réduction de l'indemnité, dans la mesure que l'Office Fédéral déterminera, si l'assuré ne peut justifier d'au moins 270 jours de travail ou de chômage (les jours de maladie, d'accident, de service militaire, de vacances stipulées par contrat ou de dispense de contrôle sont comptés dans ce minimum nécessaire pour l'attribution de l'indemnité).

PRESTATIONS DUES PAR LES CAISSES D'ASSURANCE-CHOMAGE

Si l'assuré remplit toutes les conditions nécessaires pour l'attribution des prestations de l'assurance-chômage, il touche, quand il est privé de travail, une indemnité dont le statut des caisses fixe le montant (le montant est indiqué par jour ouvrable).

L'article 27 de l'arrêté pose un principe quant à la fixation du montant de l'indemnité:

l'indemnité doit être **suffisante** et tenir compte d'une façon appropriée des obligations légales d'entretien ou d'assistance.

Les articles 30 à 33 fixent des maximums qui peuvent être dépassés en ce qui concerne le gain normal entrant en ligne de compte.

Des règles spéciales régissent l'indemnisation en cas de chômage partiel.

Voici les règles qui résultent des articles 30 à 32 et concernant le **chômage total**: (il faut considérer comme „chômeur complet" le travailleur qui n'est plus lié par contrat ou, lorsque celui-ci subsiste, est privé de tout gain pendant une période de paie de quatorze jours au moins).

I — CAS GÉNÉRAL

1) pour les assurés de moins de vingt ans sans charge de famille

— au maximum **55** % du gain normal entrant en ligne de

compte (le gain journalier n'étant pris en considération que jusqu'à concurrence de 10 frs. au maximum).

L'indemnité journalière maximum est donc de

$$10 \text{ frs} \times \frac{55}{100} = 5.50 \text{ frs.}$$

2) pour les assurés de plus de vingt ans sans charge de famille

au maximum **55** % du gain normal entrant en ligne de compte (le gain journalier n'étant pris en considération que jusqu'à concurrence de 12 frs. au maximum).

L'indemnité journalière maximum est donc de

$$12 \text{ frs} \times \frac{55}{100} = \frac{660}{100} = 6.60 \text{ frs.}$$

3) pour les assurés, quel que soit leur âge, ayant des charges d'entretien ou d'assistance envers une personne

au maximum **65** % du gain normal entrant en ligne de compte (le gain journalier n'étant pris en considération que jusqu'à concurrence de 14 frs. au maximum).

L'indemnité journalière maximum est donc de

$$14 \text{ frs.} \times \frac{65}{100} = \frac{910}{100} = 9.10 \text{ frs.}$$

Dans les trois cas ci-dessus, il est toutefois loisible aux caisses d'accorder pour l'excédent de gain une indemnité supplémentaire de 30 %

4) pour les assurés, quel que soit leur âge, ayant des charges d'entretien ou d'assistance envers deux personnes

au maximum **65** % du gain normal entrant en ligne de compte (le gain journalier n'étant pris en considération que jusqu'à concurrence de 18 frs.)

L'indemnité journalière maximum est donc de

$$18 \text{ frs.} \times \frac{65}{100} = \frac{1170}{100} = 11{,}70 \text{ frs.}$$

5) pour les assurés ayant des charges d'entretien ou d'assistance envers plus de deux personnes

en sus de l'indemnité de 65 % du gain journalier normal pris en considération, un supplément maximum de 0.70 fr. par jour et par personne.

Une **limite supérieure** est fixée: l'indemnité journalière globale ne peut dépasser **85** % du gain normal perdu.

II — CAS SPÉCIAUX

A — Par décision des gouvernements cantonaux, les taux ci-dessus peuvent être réduits dans les **régions rurales**

L'indemnité journalière sera dans ce cas:

1) pour les assurés de moins de vingt ans sans charge de famille

au maximum **55** % du gain normal entrant en ligne de compte (le gain journalier n'étant pris en considération que jusqu'à concurrence de 7 frs. au maximum).

L'indemnité journalière maximum, si les gouvernements cantonaux mettent en vigueur les dispositions de l'article 31, sera donc, dans les communes rurales de: 7 frs. $\times \frac{55}{100} = 3{,}85$ frs.

2) pour les assurés de plus de vingt ans sans charge de famille

au maximum **55** % du gain normal entrant en ligne de compte (le gain journalier n'étant pris en considération que jusqu'à concurrence de 8.40 frs. au maximum).

L'indemnité journalière maximum dans les communes rurales sera donc, si les gouvernements cantonaux mettent en vigueur les taux prévus par l'art. 31 de: 8.40 frs. $\times \frac{55}{100} = 4.62$ frs.

3) pour les assurés quel que soit leur âge, ayant des charges d'entretien ou d'assistance envers une personne

au maximum **65** % du gain normal entrant en ligne de compte (le gain journalier n'étant pris en considération que jusqu'à concurrence de 9.80 frs. au maximum).

L'indemnité journalière maximum dans les communes rurales sera donc, en cas d'application des taux prévus par l'art. 31, de:

$$9.80 \text{ frs.} \times \frac{65}{100} = 6.37 \text{ frs.}$$

Dans les trois cas ci-dessus, il est toutefois loisible aux caisses d'accorder pour l'excédent de gain de l'assuré percevant plus que le gain journalier pris en considération mais dont le salaire quotidien ne dépasse pas 12.60 frs., une indemnité supplémentaire de 30 % de l'excédent.

4) pour les assurés, quel que soit leur âge, ayant des charges d'entretien ou d'assistance envers deux personne.

Si le gouvernement cantonal met en vigueur dans les communes

rurales les taux autorisés par l'art. 31 l'assuré touchera au maximum **65** % de son gain normal pris en considération (le gain journalier n'étant pris en considération que jusqu'à concurrence de 12.60 frs. au maximum),

L'indemnité journalière ne pourra donc dépasser:

$$12.60 \text{ frs.} \times \frac{65}{100} = 8.19 \text{ frs.}$$

5) pour les assurés, quel que soit leur âge, ayant des charges d'entretien ou d'assistance envers plusieurs personnes

Si le gouvernement cantonal met en vigueur dans les communes rurales les taux autorisés par l'art. 31, l'assuré pourra toucher en sus de l'indemnité de 65 % du gain journalier normal pris en considération, une indemnité supplémentaire de 0.50 frs. au maximum, par jour et par personne supplémentaire à charge.

Une **limite supérieure** est fixée: l'indemnité journalière globale ne peut dépasser **85** % du gain normal dont l'assuré se trouve privé.

B — **Il a été indiqué ci-dessus qu'en ce qui concerne la femme mariée,** l'Office Cantonal compétent en matière d'assurance-chômage décide si elle peut être mise au bénéfice de l'assurance.

Si elle est autorisée à s'assurer, la femme mariée qui n'est pas chef de famille et ne pourvoit pas dans une large mesure à l'entretien des membres de sa famille, aura droit au maximum à une indemnité représentant **55** % de son gain normal (le gain journalier n'étant pris en considération que jusqu'à concurrence de 10 frs. au maximum — ce chiffre peut être ramené à 7 frs. par les gouvernements cantonaux dans les communes rurales). La femme touchera donc en règle générale au maximum une indemnité de 5.50 frs. par jour (10 frs. $\times \frac{55}{100}$). Dans les communes rurales où l'art. 31 est appliqué, elle touchera au maximum 3.85 frs. (7 frs. $\times \frac{55}{100}$).

Durée du droit à indemnités pour chômage total

Cas général

En vertu de l'article 28 de l'arrêté, le droit à indemnité prend fin lorsque l'assuré a obtenu, au cours d'une année civile, **90 indemnités journalières pleines.** (Cette durée peut être réduite par décision de l'Office Fédéral si un assuré bénéficie pendant plusieurs années du maximum annuel).

Cas spécial

L'article 22/D. E. alinéa 3 ème dispose:

„lorsque la femme mariée, complètement privée de travail, a reçu les indemnités de chômage pendant **30 jours consécutifs.**

l'Office Cantonal compétent en matière d'assurance-chômage décide du maintien du droit aux indemnités sur demande de contrôle préalable et en observant les prescriptions de l'Office Fédéral sur „les aptitudes de la femme mariée à être placée".

Voici maintenant les règles régissant l'indemnisation en cas de **chômage partiel** (art. 33). (est considéré comme chômeur partiel le travailleur qui continue de gagner, en vertu du contrat de travail, une partie de son salaire).

L'indemnisation se calcule conformément aux prescriptions sur le chômage complet (les heures chômées étant converties en journées normales de travail).

Les **limites supérieures** suivantes sont prescrites:

1) **pour les assurés sans charge de famille**

le gain restant et l'indemnité ne doivent pas, au total, dépasser **70** % du gain normal pour la période de paie.

2) **pour les assurés ayant des charges d'entretien ou d'assistance envers une ou deux personnes**

le gain restant et l'indemnité ne doivent pas, au total, dépasser **85** % du gain normal pour la période de paie.

3) **pour les assurés ayant des charges d'entretien ou d'assistance envers plus de deux personnes**

le gain restant et l'indemnité ne doivent pas, au total, dépasser **90** % du gain normal pour la période de paie.

Ces limites supérieures peuvent être élevées dans une faible mesure, par décision du Département de l'économie publique, en faveur des assurés subissant un chômage prolongé dans les branches mal rémunérées, ou en cas de circonstances spéciales d'un autre ordre. Dans ce cas:

1) **pour les assurés sans charge de famille**

le gain restant et l'indemnité ne doivent pas, au total, dépasser **80** % du gain normal pour la période de paie.

2) **pour les assurés ayant des charges d'entretien ou d'assistance envers une ou plusieurs personnes**

le gain restant et l'indemnité ne doivent pas, au total, dépasser **95** % du gain normal pour la période de paie.

Cas spécial

En vertu de l'article 64/D. E., et sauf dérogations accordées par l'Office Fédéral, les travailleurs de groupes professionnels qui, à raison de leur profession, subissent régulièrement un certain chômage, ne peuvent toucher des indemnités pour chômage partiel. L'art. 64 cite en exemples les conducteurs de véhicules automobiles, les coiffeurs, les garde-malades, les musiciens, les employés d'hôtels et de restaurants.

Terminologie

L'article 57/D.E. précise le sens du terme „gain normal" employé par l'arrêté.

I — le **gain normal** est celui que l'assuré a obtenu - ou aurait pu obtenir - à son lieu de domicile, immédiatement avant son indemnisation, aux conditions en vigueur dans la profession pour la durée et la rémunération du travail.

Sont considérés comme partie intégrante du salaire les suppléments accordés régulièrement (allocations familiales, allocations pour enfants, allocations de renchérissement).

Le gain journalier des ouvriers payés à l'heure ou à la journée résulte de la moyenne des gains normaux obtenus au cours des **trois mois** précédant le chômage.

Le gain journalier des ouvriers payés au mois est calculé en divisant par **26** le gain mensuel.

(L'Office Fédéral est libre de prendre des mesures différentes si l'expérience révélait que l'application de l'art. 57 est inéquitable pour certaines branches économiques ou dans certains cas d'espèce).

L'article 58/D.E. s'efforce de pallier aux conséquences préjudiciables aux intérêts de l'assuré que pourrait avoir pour lui un changement de profession ou de domicile. Si une réduction du gain de l'assuré en résulte, c'est **le gain normal précédent** et non le gain actuel qui sera pris en considération. Une **limite supérieure** est fixée: cette disposition favorable à l'assuré jouera pour „une période appropriée mais au maximum pour une année à compter du moment où le changement s'est produit" (la même mesure est valable pour les assurés qui, pendant une année, indépendamment des jours de service militaire, de maladie ou d'accident, n'ont plus travaillé dans leur profession habituelle ou au lieu de leur domicile).

En faveur de l'assuré **travaillant hors de sa profession ou du lieu de son domicile,** l'art. 58/D.E. al. 2ème dispose que c'est le gain obtenu normalement dans la profession ou au lieu de domicile qui servira de base au calcul de l'indemnité.

Les gains en nature entrent aussi en ligne de compte pour le calcul du gain normal: la méthode d'évaluation fait l'objet de prescriptions complémentaires de l'Office Fédéral (art. 59/D. E.)

N'entrent pas en ligne de compte, en revanche,

ce que l'art. 60/D. E. nomme: **„gain accessoire"**. Il faut entendre par gain accessoire tout revenu que l'assuré obtient par un travail exécuté à son compte ou pour autrui à côté de son occupation ordinaire et en dehors des heures normales de travail.

ce que l'art. 61/D. E. nomme: **„gain provisoire"** lorsque l'assuré l'obtenait „déjà depuis assez longtemps" avant de chômer. Il faut entendre par „gain provisoire" tout revenu de caractère temporaire que l'assuré obtient pendant le chômage donnant droit à indemnité, par un travail exécuté pour autrui, sans porter atteinte à ses possibilités de placement.

L'indemnisation se fera pour les jours chômés, suivant les règles énoncées ci-dessus au sujet de l'application de l'assurance au chômage partiel.

II — Une seule personne par famille peut être considérée comme assumant des charges **d'entretien ou d'assistance.** C'est celle qui y pourvoit en majeure partie. Les charges d'entretien ou d'assistance sont celles que définit le Code Civil Suisse.

Pour être reconnu comme assumant des charges d'entretien ou d'assistance, l'assuré doit avoir fait face aux obligations lui incombant de ce fait, **avant** le moment où il se voit privé de travail.

Une déclaration en ce sens est délivrée à la demande de la caisse ou de l'assuré par les organes des communes habilitées à cet effet par les gouvernements cantonaux (avant la délivrance de cette déclaration, la caisse ne peut verser de prestations qu'à titre d'**avance**) (art. 62/D.E.).

Cas spécial

Les caisses peuvent assimiler un **„devoir moral"** à une charge légale d'entretien ou d'assistance.

Deux conditions:

— cette mesure doit être exceptionnelle.

— l'assentiment de l'Office Fédéral est nécessaire.

B — DROITS DES ASSURÉS QUITTANT LA CAISSE

En vertu de l'article 17, chaque assuré est autorisé à sortir en tout temps de la caisse dont il fait partie. Il doit donner un préavis de six mois, mais peut quitter avant l'expiration du délai, à condition de verser pour le délai non écoulé la double cotisation.

Une **limite supérieure** est fixée: l'assuré ne peut être tenu de payer plus que l'équivalent d'indemnité de sortie. La perception d'une cotisation spéciale de sortie est interdite en vertu de l'article 32/D. E.

Il n'y a pas de **limite inférieure.** Les caisses sont donc autorisées à faire aux assurés des conditions de sortie plus favorables.

Quel va être le sort réservé à l'assuré arrivant dans une caisse après s'être retiré d'une autre?

Son droit à l'indemnité s'ouvrira à partir du moment où il aura fait partie de la nouvelle caisse et aura payé ses cotisations depuis quatre semaines. Les caisses peuvent si elles le désirent, faire des conditions de stage plus favorables.

Deux cas spéciaux sont encore traités par l'art. 20:

1) **assuré en chômage au moment du passage dans une autre caisse**

ou **ayant seulement une occupation temporaire**

ou **dont le contrat de travail est résilié.**

Dans ce cas, l'assuré aura droit aux indemnités de la caisse à l'expiration du délai de quatre semaines

2) **assuré n'ayant pas rempli ses obligations à l'égard de son ancienne caisse**

Dans ce cas, l'assuré aura droit aux indemnités de sa nouvelle caisse, quand il en aura fait partie depuis 365 jours, en payant régulièrement ses cotisations.

En vertu de l'article 31 D.E. les personnes âgées de plus de soixante ans peuvent encore **passer** dans une autre caisse: il n'en sera pas ainsi toutefois, si le départ de la caisse est imputable à l'assuré.

Certificat d'assuré

Les assurés sortants ont droit à un „certificat d'assuré" délivré par la caisse qu'ils quittent. Ils présentent ce certificat au moment où ils demandent leur affiliation à une autre caisse. Le certificat, établi sur la formule prescrite, indique le début et la fin de l'affiliation, le montant des cotisations annuelles acquittées, le montant des cotisations impayées, le montant des indemnités servies pour l'année courante et les trois années précédentes.

Si l'assuré a fait partie de plusieurs caisses pendant l'année courante ou les trois années précédentes, le nom de ces caisses et la durée de l'affiliation doivent figurer sur le certificat. D'autres indications pourront être ajoutées, à la demande de l'Office Fédéral.

Quelques problèmes pouvant se poser à propos du paiement de l'indemnité de chômage

Compensation

La compensation est possible entre l'indemnité journalière et les cotisations restées impayées, ou les créances que la caisse peut faire valoir du fait que l'assuré a touché plus que son dû. Hormis ces cas, aucune compensation n'est possible entre une créance de la caisse et l'indemnité de chômage.

Restitution

Les organes de la caisse fixent les sommes à restituer par les assurés qui, sans leur faute, ou par suite d'une négligence légère, ont touché plus que leur dû. La restitution imposée devra être totale s'il y a négligence grave ou mauvaise intention de la part de l'assuré.

Il a été indiqué ci-dessus que les créances provenant du paiement d'indemnités qui n'étaient pas dues pouvaient être soumises à compensation avec l'indemnité de chômage. C'est l'Office Fédéral qui sera appelé, en cas de différend, à décider dans quelle mesure il sera procédé à compensation (art. 65/D. E.)

Une **limite** dans le temps est impartie à la caisse pour exiger la restitution d'indemnités de chômage illicitement reçues : le droit d'exiger la restitution des indemnités perçues indûment se prescrit par six mois à partir du jour où la caisse a eu connaissance de l'existence de ce droit et l'a fait valoir, et dans tous les cas, par trois ans à dater du versement des indemnités.

Opération inverse de la restitution imposée à l'assuré, la restitution imposée à la caisse peut être provoquée par l'assuré lésé (indemnité inférieure à celle à laquelle il avait droit).

Un **délai limite** est imposé à l'assuré pour faire valoir ses droits. Il devra, dans le délai d'une année, demander à la caisse de lui verser la différence.

Enfin la caisse **peut** - il s'agit d'une simple faculté - décider le remboursement des cotisations versées par la femme mariée dont l'exclusion doit être prononcée en application des dispositions légales ci-dessus exposées.

§ 4ème — LE RÈGLEMENT DES LITIGES

Nous examinerons successivement :

— le règlement des litiges dans le cadre de l'arrêté

— les sanctions pénales.

1) RÈGLEMENT DES LITIGES DANS LE CADRE DE L'ARRÊTÉ

A — En vertu des art. 56 à 64 de l'arrêté, une réclamation est ouverte **devant l'Office Cantonal du travail** (ou devant une autre autorité désignée par le gouvernement cantonal) contre les décisions prises par les organes compétents, concernant:

— les amendes, l'affiliation, l'existence du droit à indemnité, le montant des prestations d'assurance, le contrôle et l'obligation de fournir des renseignements, la restitution d'indemnités.

Une commission d'arbitrage paritaire (ou une autre autorité) sera désignée par le gouvernement cantonal et jugera des recours formés contre les décisions prises par l'Office cantonal du travail dans les domaines mentionnés ci-dessus (et également contre les décisions prises avant les opérations de contrôle).

Les caisses peuvent, elles aussi, se pourvoir contre les décisions de l'Office Cantonal.

Un **délai** est imparti pour les réclamations et les recours: il est de dix jours après la communication de la décision attaquée.

La procédure est réglée par les gouvernements cantonaux.

L'effet suspensif n'est attaché ipso facto au recours et n'existe qu'en vertu d'une décision spéciale de l'autorité saisie.

L'Office Fédéral sera avisé immédiatement des décisions des autorités cantonales de recours ainsi que des décision rendues en première instance et devenues définitives du fait de l'expiration du délai de recours.

Les enquêtes nécessaires seront faites par des autorités que le département cantonal compétent désignera.

B — Un recours est ouvert **devant le Département Fédéral de l'Économie Publique** contre les décisions de l'Office Fédéral, concernant:

les subventions allouées aux caisses d'assurance-chômage, les suppléments compensatoires, les prestations des caisses au fonds de compensation des caisses d'assurance-chômage, l'emploi des recettes et de la fortune des caisses, le taux des cotisations et la retenue des subventions fédérales et de suppléments compensatoires. Les recours doivent être présentés dans un **délai** de dix jours, à dater de la notification de la décision.

La procédure est celle que prévoient les art. 24 à 28 de la Loi fédérale sur la juridiction administrative et disciplinaire.

C — C'est le **Conseil Fédéral** lui-même qui sera appelé à se prononcer sur les différends relatifs aux subventions cantonales obli-

gatoires ainsi que sur ceux qui ont trait au caractère équitable de la participation des communes ou districts au versement des subventions cantonales.

On assimile aux jugements des tribunaux les décisions des caisses et des autorités cantonales concernant les réclamations sur le droit à indemnité et le taux de celle-ci ainsi que le montant des cotisations en ce qui concerne la **Force exécutoire.**

2 — SANCTIONS PÉNALES

Une peine d'emprisonnement de six mois au plus et une amende de dix mille francs au plus puniront les personnes se rendant coupables de manœuvres frauduleuses en vue de se procurer pour elles-mêmes ou pour d'autres des indemnités ou des subventions en faisant valoir des prétentions non fondées ou partiellement fondées.

Une amende de cinq mille francs au plus punira celui qui viole le secret professionnel (l'art. 54 de l'arrêté fait défense aux personnes chargées par les caisses d'exercer une surveillance, de faire usage des constatations faites à raison de leurs fonctions autrement qu'à l'égard d'autorités officielles).

L'alinéa 3ème déclare que l'amende sera de cinq cents francs au plus si l'infraction a été commise par négligence.

Une amende de cinq cents francs au plus punira celui qui donne des indications fausses ou incomplètes et use sciemment de ces indications pour éluder en tout ou en partie l'obligation de payer des cotisations, celui qui s'oppose au contrôle prescrit par l'autorité compétente ou l'empêche de quelqu'autre manière, celui qui, étant astreint à donner des renseignements, en fournit sciemment de faux ou d'incomplets ou refuse d'en fournir.

L'alinéa 2ème déclare que si l'infraction a été commise par négligence, l'amende sera de cent francs au plus.

Mais le maximum de l'amende est doublé en cas de récidive.

Enfin, l'art. 67 de l'arrêté met à la charge des cantons la poursuite et le jugement des infractions.

Les gouvernements cantonaux sont libres d'édicter des dispositions particulières concernant la poursuite et la compétence en matière d'obtention illicite d'indemnités de chômage ou de non-paiement des cotisations lorsqu'il s'agit d'une somme inférieure à 50 frs.

Communication immédiate doit être faite au Conseil Fédéral des jugements et ordonnances de non-lieu rendus par les tribunaux ou autres autorités en matière d'obtention illicite d'indemnités ou de subventions. Cette communication incombe au Ministère Public de la Confédération.

Nota: Dans une deuxième partie (art. 68 à 70 inclus) et une troisième partie (art. 71 à 74 inclus) l'arrêté du 14 juillet 1942 complète l'assurance-chômage par **„une aide aux chômeurs dans la gêne"** assortie, dans certains cas précis, d'aides complémentaires.

Il ne s'agit à vrai dire **absolument pas d'une assurance** mais bien plutôt **d'allocations** destinées à pallier, dans la plus grande mesure possible, aux misères provenant d'un chômage prolongé.

Le caractère d'allocations des prestations fournies apparaît très nettement du fait que ce ne sont pas les seuls chômeurs assurés qui bénéficient de l'aide complémentaire mais également les chômeurs **non assurés** qui exercent une activité professionnelle régulière dans une entreprise de l'artisanat, de l'industrie, des transports, du commerce ou de branches analogues.

1. — **Les chômeurs assurés depuis 180 jours** peuvent obtenir l'aide complémentaire après avoir épuisé leurs droits aux prestations au cours d'une année civile, c.-à-d. **après avoir perçu les indemnités correspondant à 90 journées de chômage complet.** Les allocations leur seront versées en principe pendant 90 jours au maximum.

En vertu de l'alinéa 2ème de l'art. 68, les gouvernements cantonaux peuvent, après avoir obtenu l'autorisation du Département de l'économie publique, servir ces allocations pendant **50** jours encore après cette période de 90 jours.

2. — **Les chômeurs assurés depuis moins de 180 jours** peuvent obtenir des allocations à partir du **quatrième jour** de chômage contrôlé.

3. — **Les chômeurs non assurés** seront mis au bénéfice des allocations aux chômeurs dans la gêne à partir du **septième jour** de chômage contrôlé.

Les chômeurs assurés bénéficient d'un traitement de faveur par rapport aux chômeurs non assurés puisque les allocations attribuées aux chômeurs assurés sont réduites de 10% pour les chômeurs non assurés.

L'arrêté du Conseil Fédéral du 23 décembre 1942, les dispositions d'exécution du 30 décembre 1942, l'ordonnance N° 1 du 3 avril 1943, l'ordonnance N° 2 du 28 juillet 1944 règlementent l'aide aux chômeurs dans la gêne.

L'étude de ces dispositons n'entre pas dans le cadre d'un ex-

posé sur le Régime Fédéral des **Assurances** sociales suisses. L'aide aux chômeurs dans la gêne constitue certes une protection des masses travailleuses. Mais elle se manifeste par des **allocations** des Pouvoirs Publics et non par des indemnités dont l'origine réside dans l'**affiliation** et donc la participation du bénéficiaire à l'activité d'une caisse d'assurance. — Dès 1932 un secours de crise avait été créé: les pouvoirs publics avaient alloué en 1936, 20,5 millions de francs. Les subventions de la Confédération étaient tombées en en 1940 à 1,9 million et en 1942 à 0,2 million.

Le chemin parcouru

Au moment de la déclaration de guerre en 1939

— 184.000 personnes appartenaient aux caisses publiques
— 116.000 personnes appartenaient aux caisses paritaires
— 244.320 personnes appartenaient aux caisses d'entreprises.

Au cours de la guerre, le chômage a presqu'entièrement disparu et les indemnités versées par l'assurance-chômage ont donc été résorbées dans une très considérable mesure.

(En 1936, année de crise, les prestations de l'assurance-chômage s'étaient élevées à 70 millions de francs, en 1938 à 50 millions, en 1940 à 19 millions et demi, en 1943 à 12 millions seulement. Les versements des assurés en 1936 avaient été de 17 millions de francs, ceux des employeurs de 1.300.000.- francs; les subventions de la Confédération s'étaient élevées à 22 millions, celles des cantons et communes à 29 millions [1]. Les pouvoirs publics ont fourni à eux seuls en 1936 les 5/7 des ressources de l'assurance-chômage).

A l'heure actuelle, certains cantons ont introduit l'assurance-chômage partiellement obligatoire: ce sont les cantons de Zurich et de Soleure et les cantons de Berthoud et de Vevey.

L'ouvrage publié en mars 1945 par l'Office central pour l'économie de guerre „Die Sozialpolitik des Bundes" indique que la réforme de 1942 était une réaction, notamment, contre le caractère uniquement subventionnel de l'intervention des pouvoirs publics et la diversité des prescriptions cantonales qui alourdissaient considérablement l'activité des caisses.

Il convenait d'autre part de prévoir les remous qui ne manqueraient pas de se produire sur le marché du travail au lendemain de la cessation des hostilités.

Pour pouvoir garantir à tout assuré des prestations minimums en cas de chômage, sans grever outre mesure le budget de la Con-

(1) chiffres cités par le 8ème cahier de la collection édictée par „die Eidg. Zentralstelle für Kriegswirtschaft": „Die Sozialpolitik des Bundes" p. 67 et 68

fédération des cantons et des communes, la caisse centrale de compensation créée en 1941 et qui n'avait fonctionné jusque là qu'en faveur de l'allocation pour perte de salaire et de gain fut appelée à participer au fonctionnement de l'assurance-chômage. N'ayant pas eu à fournir un très rude effort en 1941 et 1942 du fait d'une conjoncture économique favorable et de l'importance limitée des opérations de mobilisation, elle avait pu inscrire à son actif d'énormes excédents qui pouvaient être mis au service de l'assurance-chômage.

La règlementation actuelle de l'assurance-chômage est donc une règlementation de période troublée: elle a son origine dans les pleins pouvoirs accordés au Conseil Fédéral: elle a la prétention limitée de faire œuvre utile pour la guerre et la période de crise susceptible d'y faire suite.

Nul doute, toutefois, que les pouvoirs publics ne tiendront compte dans la plus large mesure des enseignements se dégageant de l'application de l'arrêté de 1942 et s'en inspireront dans la réglementation de l'assurance-chômage pour des périodes moins critiques que celles que nous vivons.

TITRE II^{ème} - L'ASSURANCE-MILITAIRE

Le rapport du Conseil Fédéral à l'Assemblée Fédérale sur la demande d'initiative pour la Famille (10 octobre 1944), donnant un bref aperçu de l'œuvre des Pouvoirs Publics dans le domaine des Assurances Sociales, traite de l'Assurance-maladie, de l'Assurance-tuberculose et de l'Assurance des accouchées, de l'Assurance-accidents, de l'Assurance-chômage et de l'Assurance-vieillesse et survivants en un chapitre intitulé „La législation sur les Assurances Sociales". Mais le Rapport n'étudie pas sous ce titre l'Assurance-militaire: celle-ci est envisagée sous le chapitre intitulé „Les Mesures d'Aide".

Le Rapport du Conseil Fédéral en indique comme suite la raison:

„Bien que l'on parle d'assurance, il **s'agit juridiquement d'une aide.** L'assurance-militaire a donc sa place dans ce chapitre".

Cette opinion prend toute sa valeur du fait qu'elle est contenue dans un Rapport du Conseil Fédéral.

L'assurance-militaire constitue une **protection** accordée par la Confédération aux militaires victimes de maladie ou d'accidents au cours de leur service. Elle résulte du principe de **solidarité** qui veut que l'ensemble de la Nation contribue financièrement à la protection de ceux qui subissent un préjudice au service de la communauté.

En ce sens, il y a en somme prestation des mobilisés sous forme de service et contre-prestation de la Confédération, sous forme d'assurance et il serait possible de soutenir que les cotisations à la charge de l'assuré sont remplacées par une participation en nature, le service militaire. C'est en ce sens qu'il est possible de parler d'assurance, la différence avec une simple allocation résidant dans le fait qu'il y a une obligation assumée par la Confédération, celle du secours à l'égard de citoyens remplissant de leur côté une obligation, celle du service militaire, et non libéralité unilatérale des pouvoirs publics à l'égard de membres de la communauté nationale en butte à des difficultés exceptionnelles qu'il ne sont pas en mesure de surmonter par leurs propres moyens. Le devoir de la Confédération à l'égard des citoyens qu'elle appelle à porter les armes apparaît, en un mot, comme un **devoir de justice** et non comme un devoir de charité. L'article 18 de la Constitution Fédérale met à la charge de la Confédération l'assistance en faveur des militaires qui voient leur santé altérée du fait du service militaire et en faveur de leurs familles en cas de suite fatale de la maladie ou de l'acci-

dent. Ces constatations faites, il n'en reste pas moins que l'assurance-militaire ne peut être considérée **juridiquement** comme une assurance sociale au même titre que les assurances étudiées ci-dessus. Il y a en définitive **promesse unilatérale** de la Confédération de venir en aide à ses soldats sans qu'il soit fait appel à leur accord ou à leur participation aux charges de l'organisation destinée à les soutenir.

L'assurance-militaire a été organisée par une Loi Fédérale du 28 juin 1901 complétée par des dispositions d'exécution du 12 novembre de la même année. Cette Loi a été maintes fois modifiée depuis lors.

L'aide apportée aux militaires en service en temps de paix devait obligatoirement être étendue en 1939, au moment où les nécessités de la défense du territoire contraignaient les autorités helvétiques à des appels de réservistes.

L'article 22 de la loi de 1907 sur l'organisation militaire prévoyait déjà l'octroi de secours aux familles des militaires. (l'article 21 de la même loi reprenait le principe du soutien accordé par la Confédération aux militaires victimes de maladie et d'accidents ou à leurs familles et dénommé „assurance militaire").

Un **arrêté du 20 décembre 1939** instituait un „régime d'allocations pour perte de salaire ou de gain". Ce n'est pas, dit, le Rapport du Conseil Fédéral précité, une „assurance égoïste", mais une „œuvre d'entr'aide en faveur des militaires qui, parce qu'ils sont mariés, doivent supporter de plus lourdes charges" (1).

* * *

L'assurance-militaire n'ayant de l'assurance que le nom, ne peut être envisagée en détails dans un exposé se limitant à l'étude des assurances sociales.

Il faut en dire autant des allocations pour perte de salaire et de gain.

Nous indiquerons toutefois très brièvement les dispositions essentielles de la Loi dénommée „Loi fédérale concernant l'assurance des militaires contre les maladies et les accidents" et des textes qui sont venus s'y ajouter depuis.

La Loi de 1901 faisait suite au projet contenu dans la Loi Forrer et repoussé par votation populaire le 20 mai 1900 (le projet

(1) Rapport du Conseil Fédéral sur la demande d'initiative pour la famille p. 107

d'assurance-maladie et accidents et le projet d'assurance-militaire étaient réunis en une seule loi et tous les textes subirent donc les conséquences de l'opposition des mutualistes suisses à l'assurance obligatoire).

Mais l'assurance militaire n'avait pas rencontré dans le pays les mêmes critiques que l'assurance-maladie et, dès le 16 juin 1900, le Conseil Fédéral reprenait le projet en adressant à l'Assemblée Fédérale un nouveau message préconisant l'introduction de l'assurance des militaires contre les maladies et les accidents.

Ce projet fut voté par les Chambres et, le référendum n'ayant pas été demandé jusqu'à l'expiration du délai légal, le projet devint la **Loi du 28 juin 1901** entrée en vigueur le 1 er janvier 1902.

Cette loi portait abrogation d'une loi fédérale de 1874 sur les pensions militaires et les indemnités qui se trouvait sans objet du fait de l'adoption du texte nouveau. Le projet contenu dans la Loi Forrer s'était acheminé résolument vers un système d'assurance véritable: les indemnités étaient versées sans qu'il fut tenu compte de l'état d'indigence des bénéficiaires.

La Loi de 1901 à l'inverse, introduisait „ la clause d'indigence" (1). Des aménagements parurent nécessaires très rapidement.

Le nouveau texte prescrivait de tenir compte à la fois des besoins de la victime et de sa famille et du préjudice matériel subi.

Mais de nouvelles lacunes apparurent dans de nombreux domaines: bénéficiaires - lutte contre les abus etc. Une loi de 1914 qui s'efforçait de les combler ne fut que très partiellement mise en vigueur (bien qu'une révision intégrale de la Loi de 1901 eut été prescrite par un message du Conseil Fédéral à l'Assemblée Fédérale).

Selon l'ouvrage publié par la Société des juristes et contenant les exposés faits à l'assemblée annuelle à Bâle (12-14 sept. 1942) (2) c'est la crainte de voir s'accroître considérablement les charges des pouvoirs publics qui empêcha que fut entreprise une œuvre hardie dans ce domaine. D'autre part, du fait des circonstances nées de la déclaration de guerre, la loi de 1914 était dépassée dans la plupart des cas envisagés par elle.

La Loi de 1901 restait donc en vigueur: il y fut apporté au cours des deux guerres les compléments que nécessitaient les hostilités.

Monsieur le Docteur Maurice Roullet qui signe l'article intitulé „questions juridiques en matière d'assurance-militaire" (opus cit.) souligne de son côté que la loi de 1901 n'est pas en réalité une loi

---

(1) „Clauses indigence" qui ne concernait d'ailleurs pas les militaires eux mêmes, mais seulement certains de leurs ayants droit en cas de décès de l'assuré (père, mère, frère, sœur, grand-père ou grand-mère)

(2) „Actes de la société suisse des juristes" 1942 chez Helbing et Lichtemann, Bâle.

d'assurance. „Sans doute" ajoute-t-il, „depuis la loi de 1852 (première loi fédérale sur les pensions et les indemnités) les choses ont-elles évolué et serait-il tout aussi faux de parler d'assistance pure alors même que, d'après ses origines et ses bases constitutionnelles, l'assurance-militaire est beaucoup plus une question d'assistance que d'assurance. Si l'on veut serrer la question de près, ce serait plutôt une **loi de responsabilité militaire de la Confédération** en faveur de ceux qui ont compromis leur santé ou perdu la vie du fait du service „militaire".

„En fait, au cours du développement de la législation, on assiste à une extension de l'idée d'assurance et de responsabilité civile au détriment de celle d'assistance" ([1]).

Et plus loin ([2]), „d'autre part il est évident que, malgré son évolution, **l'assurance-militaire n'est pas une vraie assurance** au sens technique du terme mais bien un engagement de la Confédération d'indemniser les militaires ayant subi un certain préjudice du fait de leur séjour sous les armes".

---

1. LE ROLE DES POUVOIRS PUBLICS

est naturellement très large dans l'assurance-militaire. Il n'y a pas ici subventions à une caisse chargée de pratiquer l'assurance-militaire. Il n'y a pas davantage participation des bénéficiaires aux charges de l'assurance sous forme de cotisations. L'article 1 er déclare que „la **Confédération assure** les militaires contre les conséquences économiques des maladies et des accidents".

La Confédération est donc elle-même assureur. Elle supporte tous les frais de l'assurance militaire (les cantons peuvent être appelés à participer aux charges financières, si le service a été ordonné exclusivement sur le plan cantonal ou local).

2. LA SITUATION DES ASSURÉS

fait l'objet de nombreux articles de la loi.

A — Elle fournit une liste limitative des **bénéficiaires** de l'assurance-militaire: il y a donc lieu à interprétation stricte de la volonté du législateur. Ceci peut donner lieu à des solutions extrêmement sévères. Ainsi les soldats hospitalisés aux frais de l'assurance-militaire ne sont pas compris dans la liste de bénéficiaires ([3]). Cette omission,

(1) opus cit. p. 240 a
(2) opus cit. p. 242 a
(3) en ce qui concerne les maladies „intercurrentes", c. à d. survenant pendant l'hospitalisation et sans rapport avec l'accident ou la maladie assurée.

déclare Monsieur le Docteur Maurice Roullet „a conduit à certaines rigueurs choquantes: c'est ainsi que les prestations de l'assurance-militaire ont été refusées à un soldat qui, alors qu'il était en traitement dans un hôpital pour lumbago traumatique admis par l'assurance militaire, est atteint d'une crise d'appendicite nécessitant une opération".

Cette décision rigoureuse **s'imposa au** Tribunal Fédéral des Assurances bien qu'une ordonnance d'exécution de la loi de 1901 ait précisé qu'il fallait considérer comme étant en service militaire et soumis aux lois militaires les soldats hospitalisés aux frais de l'assurance-militaire.

Le Tribunal Fédéral des Assurances avait pris cette décision parce qu'une ordonnance du Conseil Fédéral ne pouvait lier le juge, seule l'Assemblée Fédérale étant compétente pour étendre l'assurance à d'autres personnes que celles prévues par la loi.

La jurisprudence évolua bientôt dans un sens plus libéral et plus conforme sinon à la lettre du moins à l'esprit de la Loi. Depuis 1941, les textes eux-mêmes ont été mis en ordre sur ce point grâce à une ordonnance du Conseil Fédéral prise en vertu des pleins pouvoirs à lui conférés pendant la période de guerre,

Sont au bénéfice de l'assurance les **militaires de tous les grades** pendant qu'ils sont en service et **le personnel rattaché au service de l'armée.**

La jurisprudence a été en général d'une extrême sévérité et les critiques n'ont pas été ménagées au Tribunal Fédéral des Assurances par la société suisse de juristes au cours de son assemblée annuelle de 1942.

B — La Loi accorde les **prestations** de l'assurance-militaire „en cas de maladies ou d'accidents". Aucune définition n'a été donnée des mots „maladie" et „accident" ce qui se révéla regrettable, certaines personnes ne bénéficiant que de l'assurance-accidents (l'assurance-maladie ne leur est pas accordée, parce qu'elles occupent des fonctions qui ne sont pas strictement militaires et qu'il n'est pas possible de déterminer si la maladie a été contractée en service ou hors service).

Or, dans des cas de ce genre, il était indispensable de pouvoir faire la distinction entre maladie et accident et l'on adopta les critères qui se dégagèrent de la jurisprudence en matière d'assurance-maladie et accidents des civils.

L'application rigoureuse de la distinction entre militaires et auxiliaires aboutit également à des injustices (ne sont pas considérés comme assurés contre les maladies les jeunes gens suivant des cours militaires préparatoires ou ceux passant la visite sanitaire par ex.).

C'est le **degré de causalité** qui sert de base à la fixation du degré de responsabilité des pouvoirs publics et donc à l'importance de l'indemnisation.

a) le militaire malade ou blessé est **traité** gratuitement dans un établissement hospitalier. Il reçoit une indemnité de traitement s'il est invité ou autorisé à se faire soigner à domicile. Il a droit à sa solde pendant 45 jours, puis à une **indemnité de chômage** (mais seulement si son revenu a été diminué du fait de la maladie ou de l'accident et non automatiquement, ce qui souligne une fois de plus le caractère d'indemnisation pour préjudice subi du fait du service et non de véritable assurance).

L'indemnité de chômage est réduite de moitié pendant la durée du traitement dans un établissement hospitalier ou à domicile (sauf si le militaire a charges de famille).

Une réduction proportionnelle est opérée si l'incapacité de travail n'est que partielle.

b) une pension est accordée pour **infirmité permanente** (le préjudice grave à l'intégrité corporelle est considéré comme invalidité permanente).

Une pension temporaire est accordée pour incapacité de travail (totale ou partielle) qui semble devoir se prolonger plus de six mois. Pour une incapacité totale, il est alloué une pension de 70% du gain. L'attribution d'une rente d'invalidité n'est pas fonction de la réduction du revenu de l'assuré à la suite de la maladie ou de l'accident.

c) en cas de décès, une **pension** est accordée **aux survivants** (une indemnité funéraire leur est également versée).

1. La pension accordée à la **veuve** est de **40**% du gain du défunt si la veuve n'a pas d'enfants pouvant prétendre à une pension; elle est de **65** % si la veuve a des enfants pouvant y prétendre.

S'il y a lieu à séparation de la pension de la veuve de celles des enfants (enfants naturels du mari p. ex.) la pension de la veuve est de **40** %, celle des enfants de **25** %.

Le droit de la veuve et des enfants à la pension est automatique.

2. **Les parents, les frères et sœurs et les grands-parents** pourront être mis au bénéfice de la pension de survivants, si le défunt ne laisse ni veuve, ni enfant, ou si le droit de la veuve ou des enfants s'est éteint. Les ayants-droit de ce deuxième groupe doivent, pour être au bénéfice de la rente de survivants, en „manifester le besoin". (1)

(1) il appartiendra aux ayants-droit de ce groupe d'appuyer leurs demandes par des pièces prouvant qu'ils sont effectivement dans le besoin.

On tient compte du préjudice matériel subi, de la perte probable résultant pour eux du décès et de l'état de besoin des ayants-droit.

L'attribution de la pension n'est donc pas automatique, il faut qu'il y ait dommage matériel du fait du décès.

Le rachat des pensions est possible dans certains cas (petites pensions, pensions dont le titulaire réside à l'étranger) et à la demande du titulaire éventuellement.

La suppression ou la réduction de la responsabilité de la Confédération et donc des prestations allouées, résulte d'une **faute de l'assuré** (faute grave, acte délictueux ou dolosif).

3. **Les recours** contre les décisions de l'assurance militaire ou de la Commission Fédérale des pensions sont portés devant le Tribunal Fédéral des Assurances à Lucerne.

Les frais occasionnés à la Confédération par l'assurance-militaire se sont élevés à 9,3 millions en 1938. Pendant les quatre années 1939 - 1943, il ont été en moyenne de près de 28 millions par an.

* *
*

De sérieux reproches sont faits à l'assurance-militaire depuis fort longtemps déjà. „ Loi vieillie, désuète, incomplète, confuse, touffue " - „ loi qui ne correspond plus aux exigences d'une bonne loi d'assurance sociale " telles sont les sévères appréciations portées sur le régime actuel de l'assurance-militaire par Monsieur le Docteur Roullet qui en préconise une révision complète, au lendemain des hostilités [1]. (Congrès des Juristes Suisses à Bâle en 1942). Il propose notamment la fusion de l'assurance-militaire avec la Caisse Nationale, la suppression de la Commission Fédérale des pensions, une détermination plus adéquate des bénéficiaires, une disposition simple et souple permettant de tenir compte de l'état pathologique antérieur, l'institution d'un carnet médical où serait porté mention de toutes les interventions médicales subies et des constatations faites par les commissions médicales au moment de l'incorporation et de la libération.

[1] opus. cit. p. 386 a

Monsieur le Docteur M. Roullet conclut son étude très approfondie en ces termes: „Pour couper court à toute discussion, nous proposerions d'abandonner l'expression „d'assurance-militaire" pour celle de „Loi sur l'indemnisation des militaires ayant subi un dommage du fait du service". Et alors, nous ne verrions pas pourquoi cette indemnisation ne porterait pas également sur le tort moral et le dommage indirect ou accessoire.

En nous gardant comme du feu de toute idée démagogique, nous n'hésitons cependant pas à ajouter que nous ne voyons pas pourquoi ceux auxquels le pays peut demander un sacrifice total, ne seraient pas également indemnisés totalement" [1].

* *
*

Une loi de 1907 organise la protection des familles tombant dans le dénuement du fait du service militaire de leur soutien. Des allocations proportionnées aux besoins sont versées par la Confédération pour les $^3/_4$ et par les Cantons pour $^1/_4$.

Un arrêté du 20 décembre 1939 a créé un régime d'**allocations „pour perte de salaire et de gain"** qui a considérablement servi les intérêts légitimes des hommes appelés sous les drapeaux du fait des hostilités.

Il s'agit, non d'une assurance sociale, mais d'une œuvre de solidarité en faveur des militaires en service actif qui se trouvent privés de leur gagne-pain.

Une faible partie de tout gain provenant d'une activité professionnelle exercée en Suisse est prélevée en faveur des citoyens sous les armes (en tenant compte des charges de famille qu'ils assument). Bien qu'il ne s'agisse à aucun titre d'une assurance sociale, l'allocation pour perte de salaire et de gain constitue un véritable droit qui n'a pas moins de force qu'un droit à indemnité dans une assurance sociale. Les prélèvements sont opérés à la source, c.-à-d. que les gains provenant d'une activité professionnelle reviennent à leurs bénéficiaires, déduction faite des cotisations dûes.

Ce système a donné d'excellents résultats et la méthode consistant à prélever une cotisation dans ces conditions, a l'avantage d'être simple et admise plus facilement par les personnes qui y sont astreintes.

---

[1] opus cit. 390 a

La Commission Fédérale d'experts en a préconisé l'introduction pour le financement de l'assurance-vieillesse-et-survivants.

Ce système marque en effet un net progrès dans le sens de la solidarité et de l'entr'aide.

Selon Monsieur Jean Seitz dans la Gazette de Lausanne [1] les bénéfices des caisses de compensation s'élèvent à l'heure actuelle à **600 millions de francs.**

---

[1] Gazette de Lausanne 21. 8. 1946

FIN DE LA DEUXIÈME PARTIE

PLAN DE LA TROISIÈME PARTIE

Nous étudierons en une troisième partie :

L'ASSURANCE-VIEILLESSE ET SURVIVANTS

en un CHAPITRE I^er

Le versement provisoire de rentes aux vieillards et survivants en vertu de l'arrêté du 9 octobre 1945.

en un CHAPITRE II^ème

Le projet d'assurance vieillesse et survivants.
Actuellement à l'étude.

TROISIÈME PARTIE

L'ASSURANCE VIEILLESSE & SURVIVANTS

Préambule: Les origines de l'Assurance Vieillesse et Survivants -

L'article 34 quater de la Constitution fédérale, adopté en 1925, charge la Confédération d'introduire par la voie législative une assurance vieillesse et survivants. Les dépenses qui en résulteront seront couvertes par les revenus de l'imposition des tabacs et de l'alcool.

L'assistance en faveur des vieillards et survivants était organisée exclusivement sur le plan cantonal jusqu'à cette date, malgré des tentatives dont la première date de 1886, en vue de créer une assurance-vieillesse et survivants sur le plan fédéral.

Certains cantons avaient créé très tôt une assurance-vieillesse obligatoire, tel le canton de Glaris, dont une loi de 1916 assujettissait toutes les personnes valides des deux sexes âgées de 17 à 50 ans à l'assurance vieillesse et invalidité, sans distinction de revenus. Les prestations comportaient une rente d'invalidité pour les assurés invalides depuis une année au moins, et une rente de survivants pour les assurés âgés d'au moins 66 ans. Les primes étaient à la charge de la Confédération (pour 5/9), de la commune (pour 1/9) et de l'assuré (pour 3/9).

Les cantons de Neufchâtel et de Vaud avaient créé quant à eux une assurance facultative (1906 et 1907).

A la suite de l'adoption de l'art. 34 Quater de la Constitution fédérale un projet de loi fédérale réalisant l'assurance-vieillesse et survivants fut soumis à l'approbation de la Nation. Il fut rejeté par le peuple en referendum le 6 décembre 1931, par 510.695 voix contre 338.838, malgré un vote unanime des Chambres intervenu le 17 juin précédent.

A l'heure actuelle, sur le plan de l'assurance-vieillesse et survivants, il n'existe donc que des assurances cantonales: celles de Glaris, d'Appenzell a/Rh. et Bâle-ville qui sont obligatoires, celles de Neufchâtel et de Vaud qui sont facultatives.

Pour remédier à la situation critique des vieillards nécessiteux, des veuves et des orphelins, la Confédération créa une institution d'assistance pour vieillards et survivants: elle prévoyait d'allouer

annuellement à cette œuvre une somme de 7 millions de francs (une somme d'un million étant versée d'autre part chaque année à la fondation „Pour la vieillesse", cela dès 1929). Les prestations de la Confédération devaient s'élever de 1942 à 1945 à une moyenne annuelle de 22,2 millions de francs, d'après une décision du Conseil Fédéral du 24 décembre 1941. Des suppléments furent accordés par les pouvoirs publics en raison de la hausse du coût de la vie.

En 1943, grâce aux subsides de la Confédération, il fut possible de soutenir 63.053 vieillards de plus de 65 ans, 13.346 veuves, 14.109 orphelins, 7.375 chômeurs âgés.

Les dirigeants fédéraux exigent que les cantons distinguent nettement cette forme de secours de l'aide aux pauvres. L'assistance pour vieillards et survivants doit préserver les bénéficiaires des suites funestes de la misère et les faire échapper à la pauvreté.

Dès 1942, 179.910 signatures appuyaient une requête populaire en vue d'une „vieillesse assurée" par l'introduction de l'assurance-vieillesse et survivants et plusieurs cantons préconisaient de leurs côtés une telle mesure. Les signataires de l'initiative populaire suggéraient notamment que le bénéfice du fond central de compensation pour perte de salaire et de gain fut affecté, au lendemain des hostilités, au service de l'Assurance vieillesse et survivants organisée sur le plan fédéral.

Le département fédéral de l'économie publique fut chargé par le Conseil fédéral d'élaborer un „rapport sur la question de savoir si, et sous quelle forme une assurance vieillesse et survivants pourrait être instituée". [1]

La commission d'experts constituée par le Département de l'économie publique se mit au travail. Cette commission a publié son rapport le 28 mars 1945. Il servit de base à la rédaction d'un projet de loi dont la discussion a commencé le 19 août dernier devant le Conseil National réuni en session extraordinaire.

Le projet d'assurance vieillesse et survivants a été approuvé le 30 août 1945 par 161 voix contre 1 (il y eut quatorze abstentions).

Le peuple sera appelé à se prononcer par referendum. [2]

Le plan de financement de l'assurance vieillesse et survivants viendra en discussion au cours du mois de septembre.

---

[1] Des initiatives semblables furent prises par divers cantons, ceux de Genève, Neufchâtel, Berne et Argovie —

[2] Voici ci-dessous les conditions de la votation populaire —

Chapitre 1er — VERSEMENT PROVISOIRE DE RENTES AUX VIEILLARDS ET SURVIVANTS

Par un arrêté en date du 9 octobre 1945, le Conseil Fédéral a réglé le versement provisoire de rentes aux vieillards et survivants.

Une ordonnance d'exécution a précisé le 9 novembre de la même année les conditions de ce régime essentiellement provisoire.

A — CONDITIONS QUANT A LA PERSONNE DU BÉNÉFICIAIRE

1. **Une rente de vieillesse pour couples** est accordée à tout homme marié de nationalité suisse ayant atteint avant le 1er janvier 1946 l'âge de 65 ans, si son épouse a accompli sa 60ème année et que l'union conjugale a duré 5 ans au moins.

2. **Une rente de vieillesse simple** est allouée à toute personne de nationalité suisse ayant atteint l'âge de 65 ans avant le 1er janvier 1946.

3. **Une rente de survivants** est accordée à la veuve et aux orphelins. La veuve y a droit si elle atteint l'âge de 50 ans avant le 1er janvier 1946 (ou si elle n'a pas atteint cet âge, pourvu qu'elle subvienne à l'entretien d'enfants ayant droit à une rente d'orphelin).

Les orphelins y ont droit jusqu'au jour où ils accomplissent leur 18ème année (plus longtemps mais pas au delà de 20 ans accomplis s'ils sont en apprentissage ou poursuivent leurs études).

Lorsque les conditions imposées ne sont pas remplies le 31 décembre 1945, le droit aux rentes s'ouvre le 1er janvier de l'année faisant suite à celle où les conditions se sont trouvées réunies.

Extinction du droit à la rente.

Le droit à la rente de veuve se trouve éteint par un nouveau mariage, ou par le décès, ou par l'existence d'un droit à une rente de vieillesse simple. Le droit à la rente orphelins se trouve éteint par l'accomplissement de la 18ème année (la 20ème année si les conditions ci-dessus sont remplies).

Le droit à la rente de vieillesse simple s'éteint par le décès de l'ayant-droit. Le droit à la rente de couple s'éteint par le décès de l'un des conjoints (le survivant pouvant prétendre à une rente de vieillesse simple s'il remplit les conditions voulues).

Nota: L'action en divorce ou en séparation de corps ou la décision judiciaire de séparation de corps, donnent un droit à la femme sur la moitié de la retraite de couple.

B — CONDITIONS QUANT AUX REVENUS DU BÉNÉFICIAIRE

Des limites de revenu, que l'arrêté fixe, ne peuvent être dépassées, il est tenu compte de la fortune.

Les limites varient suivant les régions (urbaines, mi-urbaines, rurales) et les rentes (vieillesse simple, vieillesse pour couples, veuves, orphelins de père, orphelins de père et mère).

Les limites de revenus pour une rente de vieillesse simple sont par exemple de 1.750.- francs dans les régions urbaines, de 1.500.- francs dans les régions mi-urbaines et de 1.250.- francs dans les régions rurales.

Les montants des rentes varient également suivant la région et la nature de la rente, La rente de vieillesse simple est, par exemple de 600 francs par an dans une région urbaine, de 480 francs dans une région mi-urbaine et de 360 francs dans une région rurale.

Les dépenses sont couvertes à raison de **60** % par les fonds centraux de compensation (pour perte de salaire et de gain) et de **40** % pour les pouvoirs publics (Confédération et Cantons).

On peut donc dire que les charges de la rente sont supportées en majeure partie par les citoyens suisses, les revenus des fonds de compensation résultant d'une contribution prélevée sur tout gain provenant d'une activité commerciale (salaires, gains des industriels, artisans, commerçants et agriculteurs).

Les **prestations de la Confédération** proviennent du revenu net de la régie des alcools, des intérêts du fonds de l'assurance vieillesse et survivants (au taux d'escompte de la Banque Nationale Suisse) et des ressources générales de la Confédération.

Pour la période de validité de l'arrêté le produit de l'imposition du tabac est versé à la caisse fédérale.

Ce sont les caisses nationales de compensation pour perte de salaire et de gain, qui assurent le service des rentes.

Les caisses professionnelles de compensation pour pertes de salaire et de gain peuvent également être appelées à collaborer au paiement des arrérages de la rente en faveur de certains bénéficiaires.

Les offices cantonaux d'aide à la vieillesse et aux survivants examinent les demandes en paiement de rentes, à moins qu'avec l'approbation du département fédéral de l'économie publique, les cantons n'aient confié cette tâche à d'autres offices.

La caisse de compensation tranche le cas après enquête faite par les soins des offices cantonaux.

Recours peut être interjeté dans les 30 jours à dater de la notification écrite de la décision de la caisse de compensation (une commission composée de membres des commissions cantonales d'arbitrage en matière d'allocations pour perte de salaire et de gain est chargée de l'examen des recours).

Des sanctions pénales sont prévues par l'arrêté pour punir les tentatives frauduleuses (maximum d'emprisonnement de six mois et d'amende de 5000 francs). Le cumul des peines est possible.

L'arrêté du Conseil fédéral prévoit encore l'attribution d'une subvention annuelle de 3 millions de francs à la Fondation suisse pour la vieillesse et d'un million de francs à la Fondation suisse pour la jeunesse.

L'arrêté du Conseil fédéral règlant le versement provisoire de rentes aux vieillards et aux survivants est entré en vigueur le 1er janvier 1946. **Il est applicable jusqu'à l'entrée en vigueur d'une Loi Fédérale sur l'Assurance vieillesse et survivants mais jusqu'au 31 décembre 1947 au plus tard.** (1)

Chapitre IIème — LE PROJET D'ASSURANCE VIEILLESSE ET SURVIVANTS ACTUELLEMENT A L'ÉTUDE.

25 janvier 1944: le Conseil Fédéral charge le département de l'économie publique „ d'examiner si, et le cas échéant, sous quelle forme, un projet de loi instituant l'assurance vieillesse et survivants pourrait être établi ".

8 février 1944: faisant suite aux initiatives des cantons de Berne et d'Argovie présentées en juin et septembre 1943, les deux Chambres décident, sur la proposition du Conseil Fédéral, l'entrée en matière sur ces initiatives et la mise en chantier d'un projet d'assurance vieillesse et survivants.

9 février 1944: Une lettre adressée par le chef du Département de l'Économie publique à Monsieur A. Saxer, directeur de l'Office Fédéral des Assurances sociales, définit la tâche de la Commission d'experts chargée de la présentation d'un rapport „ sur les possibilités permettant l'introduction de l'assurance vieillesse et survivants ".

---

(1) De nouvelles dispositions entreront en vigueur dès le 1-1-1947 L'O. F. A. S. veut bien nous faire savoir qu'elles seront publiées au courant du mois de décembre 1946 —

11 mai 1944: Une commission fédérale d'experts est constituée par le département de l'Économie publique. Elle est présidée par M. le Directeur A. Saxer. Elle comprend quinze personnalités qui, à divers titres, sont compétentes en matière d'assurances sociales. Quatre hauts fonctionnaires de l'Office Fédéral des Assurances Sociales sont désignés par M. A. Saxer comme conseillers techniques de la Commission. Trois juristes sont désignés comme secrétaires.

Des spécialistes en matière de caisse de compensation pour pertes de salaire et de gain sont invités à participer aux délibérations de la Commission.

Une sous-commission est chargée d'étudier la position des caisses d'assurance vieillesse et survivants existantes et futures par rapport à l'assurance vieillesse et survivants.

La lettre adressé le 9 février à M. Saxer par le chef du Département de l'Économie publique définit ainsi la tâche incombant à la Commission d'experts:

„la mission ainsi confiée ne consiste donc pas dans l'élaboration d'un projet de loi, mais dans la présentation d'un rapport sur les **possibilités permettant l'introduction de l'assurance vieillesse et survivants.** Le Conseil Fédéral est ainsi parti de l'idée que l'élaboration d'un projet de la loi n'était possible qu'une fois élucidés les problèmes fondamentaux posés par l'introduction de l'assurance-vieillesse et survivants. Ce n'est qu'une fois ces problèmes résolus que le Conseil Fédéral sera à même de décider des principes à observer dans la rédaction du projet de loi. La mission de la Commission fédérale d'experts consiste donc tout d'abord dans l'étude préliminaire de la question et dans l'élaboration d'un rapport".

Une liste de questions que la Commission est appelée à résoudre, accompagne la lettre du Chef du Département de l'Économie publique.

1er juin 1944: Première réunion d'information de la Commission d'experts sous la présidence de M. le Conseiller fédéral Stampfli.

10—14 juillet 1944: Première session de la Commission d'experts. Examen du programme des travaux et mise au point des lignes directrices.

16—20 octobre 1944: Deuxième session. — Examen des propositions concrètes établies sur les bases des délibérations précédentes.

29 janvier — 2 février 1945: Troisième session — Mise au point définitive des principes fondamentaux ébauchés au cours de la session précédente.

15 — 16 février 1945: Séance de clôture après examen d'un rapport au Conseil Fédéral.

Le Rapport de la Commission fédérale d'experts porte la date du **16 mars 1945.** Il comprend 301 pages. Les principes fondamentaux ont fait l'objet d'un tirage spécial destiné à faire connaître à la nation les grands traits du Rapport.

Une Commission d'experts du Département fédéral des finances et des douanes s'est réunie d'autre part sous la présidence de M. E. Klöti, député au Conseil des États pour examiner le financement de l'assurance vieillesse et survivants. Cette Commission a élaboré un rapport qui porte la date du **26 mars 1945.**

8 juin 1946: M. le Président A. Saxer présente au cours d'une conférence de presse, le message fédéral et le projet de loi, édifiés par le Conseil Fédéral sur les bases fournies par la Commission d'experts. Ces textes doivent être soumis à l'examen des Chambres fédérales au cours d'une session extraordinaire qui va s'ouvrir le 19 août.

M. le président A. Saxer déclare:

. . . „le projet actuel a une portée beaucoup plus vaste que celui de 1931; il va également beaucoup plus loin du point de vue social. Il représente un essai de solution complète, sur le plan fédéral, du problème de l'assurance-vieillesse et survivants, tenant compte des besoins sociaux des divers groupes économiques, des expériences faites avec les caisses de compensation, et du grand développement pris jusqu'à nos jours par l'assurance privée.

Le projet de loi tente quelque chose de grand: **unir le maximum de justice individuelle avec le maximum d'équité sociale.**

Si l'on réussit à mener à bien cette grande œuvre, la Suisse possèdera l'une des lois les plus belles et les plus progressistes en matière d'assurance-vieillesse et survivants. On peut dire sans exagération aucune, que si le présent projet acquiert force de loi, notre pays aura réalisé pour nos vieillards, nos veuves et nos orphelins un fait unique: la **libération du besoin social**" (1).

19 août 1946 Ouverture de la Session extraordinaire du Conseil National pour l'examen du projet de la loi d'assurance-vieillesse et survivants.

Le projet de loi soumis par le Conseil Fédéral à l'approbation des députés s'inspire dans une très large mesure du rapport des experts. Ce rapport a d'ailleurs été approuvé par la plupart des

(1) Gazette de Lausanne 11. 6. 1946

cantons et grandes associations professionnelles auxquels il a été soumis. Cinq avis opposés seulement ont été donnés au Conseil Fédéral tandis que cinquante cantons ou associations professionnelles se rallient aux principes des experts, tout au moins comme base de discussion.

Le Président Robert Grimm déclarant ouverte la session extraordinaire du Conseil National, s'exprime ainsi:

„La Session extraordinaire est l'expression des circonstances exceptionnelles que nous traversons. Mais celles-ci sont différentes suivant qu'un pays a été atteint par les hostilités ou qu'il a pu y échapper. Dans le premier cas, la reconstruction constitue avant tout un combat contre la faim et la misère, dans le deuxième cas, par conséquent dans le cas favorable de la Suisse, une **œuvre pour la paix dans la paix** et le bien-être de l'humanité. Cette situation exceptionnelle nous crée le devoir d'extirper les injustices et d'assécher les sources troubles des difficultés sociales d'un regard clair et d'une main ferme.

Un premier pas dans cette voie fut la création des caisses de compensation pour perte de salaire et de gain; un deuxième, infiniment plus décisif serait la réalisation de l'assurance-vieillesse et survivants.

Celle-ci doit constituer le grand apport pour le maintien de la paix sociale dans l'avenir. Pour cela, il s'agit bien moins d'un devoir de reconnaissance à l'égard d'un destin qui nous fut clément, que de la claire vision de nécessités inéluctables dans l'intérêt du progrès conscient de l'éthique et de la morale d'un peuple démocratique.

La solution de l'immense tâche que nous nous assignons pour le jubilé de 1948 est un test, une épreuve pour la démocratie. Elle exige de la compréhension pour un sentiment de sacrifice presqu'illimité qui soude de manière indissoluble le bien-être de chacun au bien-être de la communauté.

Le Parlement est appelé aujourd'hui à remplir la mission du pionnier. Mais la décision repose en dernier ressort dans le peuple.

Le travail de ceux qui nous forgent des armes pour la prise de position des citoyens dans le referendum à venir aura d'autant plus de valeur que le Parlement voudra préparer plus sagement et complètement le chemin, qu'il voudra s'opposer avec plus de force aux vœux égoïstes et aux prétentions inconsidérées, qu'il voudra faire triompher les intérêts de tous".

Le projet de loi est alors exposé par le rapporteur de la Commission du Conseil National (qui, par 22 voix contre 1 et 2 absten-

tions avait, après 9 jours de délibération, au cours de deux sessions, décidé „ l'entrée en matière "). Le Président et Rapporteur de la Commission, le député de Berne au Conseil National, M. Robert Bratschi, après avoir retracé à grands traits l'évolution de la législation en matière d'assurances sociales, s'attache à d'écrire le mécanisme de l'assurance vieillesse et survivants tel qu'il résulte du projet de loi. Il insiste sur la nécessité d'agir rapidement, le régime provisoire de rentes aux vieillards et survivants n'étant en vigueur que jusqu'au 31 décembre 1947. Il importe donc que la loi puisse être appliquée dès le 1er janvier 1948. Or, l'œuvre entreprise si elle est grandiose, n'en est que plus ardue: le temps est compté pour préparer le démarrage de l'appareil nouveau et l'impatience de la population va croissante (1).

30 août 1946: La Session extraordinaire du Conseil National est close par le vote du projet d'assurance-vieillesse et survivants à l'examen duquel elle a été consacrée toute entière. Quelques modifications ont été apportées au projet initial, Finalement, 161 voix se sont prononcées en faveur du projet. Une voix s'est prononcée contre. Il y eut 14 abstentions provenant exclusivement de députés romands (genevois en particulier) (2).

Le plan de financement de l'Assurance-Vieillesse et Survivants sera soumis au Conseil National au cours du mois de septembre (la Commission s'est prononcée pour „ l'entrée en matière " pour le plan de financement par 22 voix contre 0 et 2 abstentions) (3).

Si l'ensemble du projet obtient l'agrément des Chambres, le peuple sera appelé aux urnes et c'est lui qui, en définitive, décidera de la mise en vigueur de l'assurance-vieillesse et survivants.

Nota: En vertu de la Constitution Fédérale, le referendum est facultatif. Si 30.000 citoyens ou 8 cantons le demandent, dans un délai de trois mois, la loi adoptée par les Chambres est soumise à l'approbation du peuple. La seule majorité du peuple suffit à entraîner la mise en vigueur de la loi régulièrement votée par les deux Conseils (pour toute révision constitutionnelle, la double majorité du peuple et des cantons est néces-

(1) Basler Nachrichten 19 août 1946
(2) Gazette de Lausanne 31 août 1946
(3) Basler Nachrichten 19 août 1946

saire. Ce n'est pas le cas pour le referendum en matière législative parce que les cantons ont déjà été mis à même de se prononcer au cours de la discussion du projet de loi au Conseil des États). Depuis 1876, année où fut introduit le système de referendum dans la Constitution Fédérale, le peuple suisse en a usé très largement. Toutes les lois de quelqu'importance furent soumises à sa censure et comme le note M. Charles Gilliard dans son „ Histoire de la Suisse ". le peuple suisse „ a rejeté plus de lois qu'il n'en a accepté "[1].

A défaut d'un texte de loi définitif, nous disposons du Rapport des experts sur les possibilités d'introduction de l'Assurance-Vieillesse et Survivants.

L'étude du Régime Fédéral des Assurances sociales ne doit pas se terminer, sans que soit ouverte cette fenêtre sur l'avenir.

Nous nous proposons, en terminant, de résumer les principes fondamentaux qui ont présidé à l'élaboration du Rapport concluant à la possibilité d'introduire dans la Confédération Helvétique une Assurance-Vieillesse et Survivants pour l'ensemble du territoire.

[1] C. Gilliard „ Histoire de la Suisse " p. 120 — Presses Universitaires de France

PRINCIPES FONDAMENTAUX DEVANT, SELON LE RAPPORT DES EXPERTS, PRÉSIDER A L'ORGANISATION SUR LE PLAN FÉDÉRAL D'UNE ASSURANCE-VIEILLESSE ET SURVIVANTS

LA COMMISSION D'EXPERTS PROPOSE:

A — PRINCIPE DE L'OBLIGATION. -

1) — L'assurance-vieillesse et survivants est **obligatoire**:

— pour toute personne du sexe masculin et féminin ayant son domicile en Suisse, quelle que soit sa nationalité;

— pour toute personne du sexe masculin et féminin séjournant en Suisse et y exerçant une activité lucrative, quelle que soit sa nationalité;

— pour tout ressortissant suisse domicilié à l'Étranger et travaillant pour le compte d'un employeur domicilié en Suisse;

— pour tout ressortissant suisse domicilié à l'Étranger mais exerçant une activité professionnelle en Suisse.

L'obligation de s'assurer commence le 1er Janvier de l'année dans laquelle la personne remplissant les conditions ci-dessus accomplit sa vingtième année, elle prend fin au 31 Décembre de l'année où elle accomplit sa soixante-cinquième année.

2) — L'assurance-vieillesse et survivants est **facultative**:

— pour les Suisses de l'Étranger qui ne sont pas tenus de s'assurer.

B — INSTITUTIONS RECONNUES. -

L'adhésion est donnée, soit à des caisses d'assurance-vieillesse et survivants ayant obtenu une **reconnaissance**, soit à des caisses de compensation créées pour les besoins de l'assurance.

Quelles sont les modalités de la reconnaissance?

Les caisses privées et les caisses publiques pratiquant l'assurance-vieillesse et survivants peuvent demander la reconnaissance fédérale.

Pour obtenir la reconnaissance fédérale, les institutions doivent adresser une requête à l'autorité compétente de l'assurance-vieillesse et survivants. La reconnaissance sera accordée si aucun préjudice n'en résulte pour l'assurance fédérale, si l'institution présente des garanties de bonne gestion et fournit à ses membres des prestations

au moins équivalentes à celles de l'assurance fédérale. D'autres conditions d'organisation peuvent être exigées des caisses. Elles doivent remplir les conditions de sécurité imposées.

Il y a divers types d'institutions d'assurance reconnues selon la nature de la reconnaissance qui leur est accordée.

I — **Les institutions d'assurance reconnues avec réassurance complète. -**

La totalité des cotisations légales est transférée par ces institutions à l'Assurance fédérale.

En revanche, la totalité des prestations dûes aux assurés leur est versée.

II — **Les institutions d'assurance reconnues avec réassurance partielle. -**

Une cotisation minimum de 12 francs par an pour chaque membre assuré est transférée par ces institutions à l'Assurance fédérale. De plus, les institutions d'assurance reconnues avec réassurance partielle versent à l'Assurance fédérale 4 % du produit de l'activité professionnelle de chaque membre assuré, quand le produit de cette activité dépasse une limite qui sera fixée selon le principe suivant : ni l'assurance fédérale vieillesse et survivants ni l'institution d'assurance ne doivent subir du fait de ce versement un inconvénient ou un avantage.

En contre-partie, des cotisations dûes par les institutions d'assurance reconnues avec réassurance partielle, lesdites institutions reçoivent les rentes minimum prévues par la loi.

III — **Les institutions d'assurance reconnues sans réassurance. -**

Aucune cotisation n'est dûe par l'Institution à l'assurance fédérale.

Aucune prestation n'est dûe par l'assurance fédérale à l'Institution.

C — **CAISSES DE COMPENSATION**

Les caisses de compensation administrent l'assurance-vieillesse et survivants concurremment avec les institutions d'assurance reconnues.

a — Il **peut** être procédé à la constitution de :

— caisses de compensation d'associations professionnelles d'employeurs (et de personnes exerçant une activité indépendante),

Ces caisses doivent étendre leur activité à toute la Suisse (ou au moins à une région linguistique), ou réunir un nombre minimum

de membres ou d'assurés. Elles doivent présenter toute sécurité quant à l'exécution de leurs engagements et à la réparation de dommages éventuellement occasionnés à la Confédération.

Dès qu'un certain pourcentage minimum de salariés est affilié à la caisse, les salariés ont le droit d'exiger d'être représentés au sein du Comité Directeur et peuvent donc exercer un droit de regard sur la gestion.

Les caisses de compensation professionnelles reconnues peuvent se grouper.

Elles sont dotées de la personnalité juridique.

L'organe suprême de la caisse professionnelle est l'Assemblée Générale des membres: Un Comité Directeur dirige la caisse et nomme un Administrateur. L'organisation de la caisse est libre (la Confédération pouvant toutefois imposer à la caisse l'ouverture d'agences dans certains cas).

b — Chaque canton **doit** procéder à la création d'une:

Caisse de compensation cantonale.

La Caisse de compensation cantonale est considérée comme une „institution publique indépendante".

Elle est représentée en principe dans chaque commune par une agence.

La Confédération contrôle les dispositions d'exécution.

Des attributions étendues sont imparties aux Caisses de compensation:

— elles établissent la compensation pour l'ensemble de leurs membres -

— elles prennent à l'égard de leurs membres et des salariés de ceux-ci „toutes les décisions administratives nécessaires à l'exécution de la loi" -

— elles fixent les cotisations et les rentes en application de la loi -

— elles perçoivent les cotisations et assurent le service des rentes (à moins que l'employeur n'en soit lui-même chargé) -

— elles peuvent être chargées d'autres tâches par la Confédération ou par les cantons avec l'approbation de la Confédération, ou par les associations professionnelles fondatrices des caisses avec l'approbation de la Confédération.

Les caisses **cantonales** de compensation sont chargées, en plus de ces missions incombant à **toutes** les caisses de compensation, de veiller à ce que toutes les personnes domiciliées dans le canton puissent s'assurer.

MEMBRES DES CAISSES

Les **employeurs** et toutes les personnes exerçant une activité professionnelle indépendante sont tenus de faire partie d'une caisse de compensation.

Ils font obligatoirement partie de la caisse cantonale s'ils ne sont pas affiliés à une association professionnelle fondatrice d'une caisse de compensation.

Des **vérifications de la gestion et de la comptabilité** des caisses et de leurs agences sont opérées périodiquement par un Office fiduciaire n'ayant aucun rapport avec la caisse (le contrôle de la gestion en ce qui concerne les caisses cantonales peut être confié au contrôle cantonal des finances). Les caisses cantonales et d'associations professionnelles peuvent obtenir un subside de la caisse centrale de compensation pour la couverture des opérations de contrôle.

Un contrôle des membres a lieu également.

Les frais d'administration peuvent donner lieu à perception de contributions spéciales auprès des membres.

La responsabilité des caisses d'associations professionnelles et des cantons est engagée envers la Confédération pour tous actes causant un préjudice à cette dernière. Si ces actes sont illicites ou dûs à l'inobservation intentionnelle des prescriptions applicables ou résultent d'une négligence grave, des dommages-intérêts peuvent être alloués à la Confédération.

Procédure de la compensation

a — Les employeurs établissent la compensation entre :

— ce qu'ils doivent en tant qu'employeurs, en tant qu'assurés, ce qu'ils doivent retenir sur les salaires de leur personnel

— et ce qu'ils servent à titre de rente à leur ancien personnel (ainsi que les rentes auxquelles ils peuvent avoir eux-mêmes droit).

Le règlement de la compensation se fait avec la caisse à laquelle ils sont affiliés.

b — Les caisses cantonales et l'associations professionnelles établissent les compensations pour l'ensemble de leurs membres et règlent leurs comptes avec l'organe central de compensation.

c — Un fonds central de compensation établit la **compensation générale pour toute la Suisse** entre

— les cotisations des assurés, celles des assureurs, les subventions des pouvoirs publics

— et les rentes servies.

La comptabilité du Fonds central est distincte de celle de la Confédération, sa fortune est gérée séparément mais l'administration du Fonds central de même que l'exécution de toutes les tâches s'y rapportant sont de la compétence de la Confédération qui en assume les frais.

D — RESSOURCES DE L'ASSURANCE

Les revenus de l'assurance sont constitués par

— les cotisations { des assurés / des employeurs

— la participation financière des Pouvoirs publics

— les intérêts du fonds d'égalisation.

A ces revenus peuvent s'ajouter des legs et des dons.

I — LES COTISATIONS

1. Cotisation des assurés

La cotisation est dûe par tous les assurés (seules ne sont pas astreintes à cotiser les femmes mariées ou veuves n'exerçant aucune activité professionnelle et les femmes travaillant dans l'entreprise de leur mari).

L'obligation de cotiser ne prend pas fin quand est atteinte la limite d'âge de 65 ans ; les cotisations sont dûes, après l'âge de 65 ans, jusqu'à la fin du mois durant lequel l'assuré cesse son activité régulière, mais il n'en est pas tenu compte, au delà de l'âge de 65 ans, pour le calcul de la rente.

Les personnes exerçant une activité professionnelle dépendante versent une cotisation égale à **2** % du salaire de base (on entend par salaire de base „ toute rémunération d'un travail

effectué dans l'exercice d'une activité professionnelle dépendante pour un temps déterminé ou indéterminé, y compris les rémunérations en nature, les commissions, les allocations de renchérissement et autres allocations semblables, les gratifications, etc... Les prestations d'ordre social accordées volontairement par l'employeur peuvent, par voie d'ordonnance, être exceptées du salaire de base ".

Les personnes exerçant une activité professionnelle indépendante versent une cotisation égale à **4** % du revenu net provenant de leur activité indépendante **non** agricole. Si leur revenu net est inférieur à 3600 francs par an, la cotisation variera suivant ce revenu de 1 à 9 francs par mois.

Une „ proposition éventuelle " est faite par le rapport des experts. Elle tend à fixer deux limites aux cotisations des personnes exerçant une activité professionnelle indépendante.

Une limite inférieure d'un franc par mois, une limite supérieure de 100 francs par mois.

Cas spéciaux

a — **Les personnes exerçant une activité indépendante dans l'agriculture ou l'économie forestière** sont tenues de verser une cotisation fixe calculée d'après les possibilités objectives de rendement de l'entreprise (on tient compte particulièrement des régions de montagne).

EXPLOITANT

La cotisation varie entre 1 et 18 francs par mois. (Il s'y ajoute un supplément uniforme d'un franc par mois et par personne travaillant régulièrement avec l'exploitant).

MEMBRES DE LA FAMILLE DE L'EXPLOITANT

La cotisation par personne travaillant avec l'exploitant de manière permanente est:

Pour les membres masculins de la famille

de **50** % **de la cotisation** de l'exploitant (avec une limite inférieure d'un franc par mois et une limite supérieure de 6 francs par mois).

Pour les membres féminins de la famille

d'un franc par mois.

b — **Personnes physiques appartenant simultanément à plusieurs groupes d'activité professionnelle**

Ces personnes paient en principe la cotisation prévue pour chacun des groupes auxquels elles appartiennent. S'il y a exercice

simultané d'activités professionnelles indépendantes agricoles et non agricoles, la cotisation est versée pour la profession principale et un supplément y est ajouté pour la profession accessoire.

c — **Personnes physiques n'exerçant aucune activité professionnelle.**

Ces personnes paient une cotisation variant, suivant le train de vie et la situation sociale, **entre 1 et 100 francs par mois.**

Nota: Sont assimilées aux personnes n'exerçant aucune activité professionnelle celles dont la cotisation annuelle, calculée sur la base de leur activité, n'atteint pas 12 francs.

Cas spéciaux: Les apprentis sans salaire en espèces, les étudiants et les membres féminins de la famille de l'exploitant (ne travaillant pas avec lui), les personnes assistées, sont tenues au paiement d'une cotisatisation fixée à **1 franc** par mois.

2. **Cotisations des employeurs.**

Les employeurs versent des cotisations égales à **2** % des salaires de base payés par eux. Ces cotisations sont dûes pour la durée pendant laquelle ils occupent des personnes astreintes à cotiser.

Règles concernant le paiement des cotisations.

Un **maximum** et un **minimum** sont fixés pour les cotisations

a — la somme additionnée des cotisations de l'employeur et de l'assuré ou la cotisation de l'assuré (s'il s'agit d'une personne exerçant une profession indépendante) ne doit pas dépasser **cent francs par mois.**

b — la somme additionnée des cotisations de l'employeur et de l'assuré ou la cotisation de l'assuré (s'il s'agit d'une personne exerçant une profession indépendante) ne doit pas être inférieure à **1 franc par mois.**

Des **dispenses de cotisations** peuvent être accordées dans des cas particuliers aux personnes exerçant une activité professionnelle indépendante ou ne réalisant aucun gain.

La cotisation minimum est alors prise en charge par les cantons (ceux-ci pouvant la mettre, à leur tour, en tout ou partie, à la charge des communes).

Des **réductions de cotisations** peuvent être accordées aux personnes exerçant une activité professionnelle indépendante et privées de leur gain par suite de fermeture de l'entreprise, d'accident ou de maladie. La cotisation est réduite dans ce cas à **1 franc** par mois pendant la période correspondante.

Perception des cotisations.

a — **Les cotisations des personnes exerçant une activité professionnelle dépendante** sont retenues par l'employeur lors du paiement du salaire et versées directement par lui à la Caisse de compensation compétente. (Il faut réserver le cas de compensation avec des rentes échues).

L'employeur adresse en même temps ses propres cotisations à la Caisse de compensation.

b — **Les cotisations des autres personnes** sont perçues directement par la Caisse de compensation compétente.

II — LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DES POUVOIRS PUBLICS.

Les subventions des pouvoirs publics sont destinées à combler les déficits éventuels se manifestant dans le budget de l'Assurance-Vieillesse et Survivants.

Elles s'élèveront donc, dans les limites prévues par l'art. 34 quater de la constitution, à l'excédent de dépenses sur les recettes.

Elles seront fixées, en fonction de ce principe, par une commission spéciale de financement.

III — LE FONDS D'ÉGALISATION.

Les excédents de recettes sont placés dans un fonds d'égalisation où ils portent intérêt. Le taux d'intérêt doit être au moins égal au taux technique appliqué en assurance-vieillesse et survivants.

E — CHARGES DE L'ASSURANCE.

L'assurance s'engage à servir des rentes. Elles sont de divers types suivant les cas :

a — **Rente de vieillesse simple** (à partir du 1er janvier de l'année suivant celle où l'ayant-droit atteint l'âge de 65 ans) en faveur des **personnes célibataires, veuves ou divorcées** du sexe masculin ou féminin ou
des hommes mariés ne pouvant encore prétendre à une rente pour couple ou
des femmes mariées demandant le service d'une rente vieillesse simple.

b — **Rente de vieillesse pour couples** en faveur des couples dont le mari a accompli sa 65ème année et la femme sa 60ème année, à condition que l'union conjugale n'ait pas duré moins de cinq années.

La femme peut demander que soient versées deux rentes de vieillesse simple au lieu et place d'une rente pour couple.

c — **Rente de veuve.**

1) **Pour les veuves ayant accompli leur 50ème année** au moment du décès de leurs maris, une rente de veuve jusqu'au moment où elles pourront prétendre à une rente de vieillesse simple.

2) **Pour les veuves n'ayant pas accompli leur 50ème année** au moment du décès de leurs maris

— **si elles ont des enfants ayant droit à une rente d'orphelin:**
une rente de veuve jusqu'à ce que cinq années se soient écoulées depuis que le plus jeune des enfants ait accompli sa 18ème année (si elles accomplissent entre temps leur 50ème année, elles auront droit à la rente de vieillesse simple).

— **si elles n'ont pas d'enfants ayant droit à une rente d'orphelin mais ont accompli leur 40ème année au moment du décès du mari:**
une rente de veuve pendant quatre années.

— **si elles n'ont pas d'enfants ayant droit à une rente d'orphelin mais ont accompli leur 30ème année au moment du décès du mari:**
une rente de veuve pendant trois années.

— **si elles n'ont pas d'enfants ayant droit à une rente d'orphelin et n'ont pas accompli leur 30ème année au moment du décès du mari:**
une rente de veuve pendant deux ans.

Le droit à la rente de veuve se perd par remariage.

---

d — **Rente d'orphelin.**

En règle générale, la rente d'orphelin n'est accordée qu'aux orphelins de père et aux orphelins de père et mère.

Pour les orphelins de père la rente d'orphelin est servie depuis la mort du père jusqu'à l'accomplissement de la 18ème année.

Pour les orphelins de père et mère, la rente d'orphelin est servie depuis le décès du parent qui a survécu, jusqu'à l'accomplissement de la 18ème année.

Cas spécial.

La rente d'orphelin est accordée aux orphelins de mère lorsque celle-ci pourvoyait en majeure partie à l'entretien des enfants, et aux orphelins dont les parents sont divorcés ou judiciairement séparés ainsi qu'aux enfants naturels pour autant que celui des parents précédé pourvoyait, en majeure partie, à l'entretien des enfants.

MONTANT DE LA RENTE.

Pour la fixation du montant de la rente, on se base sur la **cotisation annuelle moyenne** (celle-ci résulte de la division du total des versements au titre de cotisations figurant au compte de l'assuré, par le nombre d'années durant lesquelles les versements ont été effectués).

Les cotisations annuelles moyennes sont réparties en 3 classes. 3 variantes sont proposées par la Commission d'experts.

Le **montant annuel de la rente de vieillesse simple comprend:**

1) un montant fixe différent selon les variantes de chaque classe
2) un multiple de la cotisation annuelle moyenne fixé égalalement pour chaque variante de chaque classe.

D'après la variante I, la rente annuelle varierait entre 372 et 1500 francs.

D'après la variante II, la rente annuelle varierait entre 360 et 1500 francs.

D'après la variante III, la rente annuelle varierait entre 300 et 1500 francs.

Les rentes pour couples, les rentes de veuve et d'orphelins se calculent en pourcentage des rentes de vieillesse simple correspondantes. Elle ne peuvent être inférieures à un minimum ni supérieures à un maximum qui sont fixés.

Les experts proposent de servir:

au couple, une rente égale à **160** % de la rente de vieillesse simple correspondante (avec un minimum de 300 francs et un maximum de 1200 francs par an)

à l'orphelin de père, une rente égale à **25** % de la rente de vieillesse simple correspondante (avec un minimum de 180 francs et un maximum de 300 francs par an)

à **l'orphelin de père et de mère** une rente égale à **40 %** de la rente de vieillesse simple correspondante (avec un minimum de 300 francs et un maximum de 480 francs par an).

C'est la cotisation annuelle moyenne du père (ou du parent) décédé qui est pris en considération.

S'il y a lieu au **versement simultané de rentes de veuve et d'orphelin,** le total des rentes servies ne doit pas dépasser une limite que les experts proposent de fixer à 90 % du revenu annuel moyen du père décédé, (on obtient le revenu annuel moyen en calculant la moyenne du revenu annuel normal des 3 dernières années).

Toutefois, les rentes additionnées ne peuvent être inférieures aux deux tiers des montants additionnés des rentes complètes correspondantes.

La rente de veuve est calculée d'après la cotisation annuelle moyenne du mari décédé.

S'il s'agit d'une **rente de vieillesse simple pour veuve,** la rente sera en principe fixée d'après la cotisation annuelle moyenne du mari décédé. Mais la veuve peut demander que sa rente soit calculée d'après sa propre cotisation annuelle moyenne.

Il convient d'ajouter les cotisations de la femme mariée au total des cotisations du mari si la femme a versé elle-même des cotisations annuelles égales à un minimum de 12 francs en moyenne (la période prise en considération est le nombre d'années pendant lequel les personnes **nées dans la même année** que la femme ont été assujetties à l'assurance).

Règles spéciales proposées par le rapport d'experts au sujet des étrangers.

Un stage minimum de 10 ans durant lequel ils versent des cotisations est nécessaire aux étrangers pour être en droit de bénéficier des rentes servies par l'assurance. Une réduction de $^1/_3$ frappe les rentes des étrangers dont le pays d'origine n'a pas d'assurance-vieillesse et survivants. Il en est de même si, disposant d'une telle

institution, le pays d'origine n'accorde pas aux ressortissants suisses les mêmes avantages qu'à ses nationaux.

Il peut être dérogé à ces règles par des conventions internationales.

Règles spéciales proposées par le rapport de la commission fédérale des experts concernant la „Génération transitoire"

Le projet envisage un régime spécial pour la „génération transitoire" (sont comprises dans la génération transitoire toutes les personnes qui entreront en jouissance d'une rente durant les vingt premières années suivant l'introduction de l'assurance).

a — **Les personnes ayant accompli leur 65ème année:**

— ne sont plus astreintes à cotiser

— ont droit à une rente

à condition

1) qu'elles ne jouissent pas d'un revenu personnel annuel dépassant une certaine somme variant suivant la localité (urbaine, mi-urbaine, rurale).

Si elles jouissent d'un revenu personnel annuel supérieur à cette somme, une imputation correspondante est effectuée sur la rente.

Après avoir défini le sens qu'il faut donner à „revenu personnel" („toutes les ressources provenant d'une activité professionnelle, d'un capital, d'une propriété foncière, d'une rente, d'une pension, de prestations d'assistance publique et de revenus en nature" — la fortune étant convertie également, selon un barème, en revenu personnel correspondant), les experts établissent des maximums pour les différentes rentes, dans les trois genres de localités (ces maximums sont indiqués pour les 3 variantes).

2) qu'elles soient de nationalité suisse. Cette condition va de soi: il s'agit d'une véritable libéralité qui ne peut être fondée que sur un sentiment de solidarité nationale.

b — **Les personnes n'ayant pas accompli leur 65ème année, mais devant entrer en jouissance durant les vingt premières années suivant l'introduction de l'assurance-vieillesse et survivants.**

Dans ce cas, on calcule la cotisation annuelle moyenne (la moyenne étant donc établie sur une période d'une à dix-neuf années).

Des montants de base sont fixés et la rente est accordée en entier si elle ne dépasse pas le montant de base, Si elle le dépasse, la rente est égale au montant de base. Il sera alloué, en supplément, par année de cotisation, $^{1}/_{20}^{ème}$ de la différence entre le montant de la rente tel qu'il résulte du calcul et le montant de base.

Exception

Il n'est pas fixé de montant de base pour les orphelins ; ceux-ci ont donc droit au montant entier, quelle que soit la durée de cotisation.

Situation des étrangers en ce qui concerne le régime transitoire

Sauf conventions internationales dérogeant à cette règle, les assurés étrangers n'ont droit qu'à la moitié des rentes prévues pour les citoyens suisses.

Le droit aux rentes est inconditionnel, incessible et ne peut être donné en gage. Il ne peut être l'objet d'une exécution forcée par voie de poursuites pour dettes ou faillites (sauf dispositions spéciales concernant les étrangers et la génération transitoire).

Paiements des rentes

L'**employeur** est, en principe, chargé d'effectuer le versement des rentes dûes aux membres de son personnel ou à leurs survivants. Il effectuera le paiement par la voie postale.

Les caisses de compensation servent les rentes aux personnes **autres que celles exerçant une activité dépendante (ou leurs ayant-droit).**

Les assurés exerçant une activité dépendante (ou leurs ayant-droit) de même que l'employeur, peuvent demander que le paiement se fasse par l'intermédiaire de la caisse de compensation compétente.

Le projet prévoit des dispositions spéciales pour le cas où l'assuré aurait droit à la fois à la rente-vieillesse et survivants et à une rente de la Caisse Nationale Suisse en cas d'accidents, ou à une rente de l'assurance-militaire fédérale.

F — CONTENTIEUX

Enfin, le projet prévoit l'institution d'une **juridiction administrative spéciale** dont les organes sont:

a — **sur le plan cantonal** une autorité cantonale de recours appelée à trancher tous les litiges pouvant naître de l'application de la loi, entre les caisses de compensation et les employeurs, les assurés, les proches. Une représentation paritaire sera accordée aux employeurs et salariés.

b — **sur le plan fédéral** une autorité fédérale de recours qui juge les décisions émanant des autorités cantonales de recours, qui lui sont déférées.

La procédure est gratuite.

G — CRÉATION D'UNE COMMISSION

Pour la mise en œuvre et le développement ultérieur de l'assurance, il est créé une **Commission Fédérale de l'Assurance-vieillesse et survivants** dont le rôle est consultatif. Elle peut soumettre des propositions et dispose d'un droit de regard sur la gestion du fonds central de compensation des caisses de compensation et des institutions d'assurance-reconnues.

* *
*

Nota: Il existe un secteur libre à côté du secteur contrôlé. Il est constitué par les Institutions d'assurance non reconnues qui servent leurs propres prestations aux assurés. Comme l'assurance fédérale est obligatoire, les personnes affiliées à une Institution d'assurance non reconnue sont assurées deux fois.

* *
*

— Annexe —

FINANCEMENT DE L'ASSURANCE

L'examen détaillé du plan de financement de l'Assurance-vieillesse et survivants n'entre pas dans le cadre de cette étude.

Nous nous contenterons d'indiquer brièvement les principaux points mis en lumière par le rapport de la commission des experts financiers.

La commission d'experts du département fédéral des finances et des douanes a déterminé d'abord les **exigences** financières de l'Assurance-vieillesse et survivants. Celles-ci seraient - annuellement - de 518 millions de francs si la variante I était adoptée. Elles seraient de 476 millions pour la variante II et de 434 millions pour la variante III sous forme de „ rente perpétuelle ".

Les primes des assurés fournissant 259 millions de francs dans les trois cas, la contribution des pouvoirs publics serait de 259 millions de francs pour la variante I, de 217 millions de francs pour la variante II, de 175 millions de francs pour la variante III.

Principe de financement

La commission, faisant suite à la suggestion de l'Office Fédéral des Assurances Sociales, s'est, en considération des charges pesant sur les pouvoirs publics, prononcée **contre** le système consistant à prévoir une „ rente perpétuelle " et **pour** une méthode progressive, „ en considération de l'idée que, dans un certain nombre d'années, après amortissement de la dette de guerre et une fois surmontées les difficultés d'après-guerre, des sources de revenus seraient disponibles qui aujourd'hui ne le sont pas " [1].

Trois étapes ont ainsi été prévues :

a) 1948 — 1967
b) 1968 — 1977
c) 1978 et les années suivantes

et les versements progressifs de la Confédération et des cantons ont été déterminés en fonction des trois variantes envisagées par la commission fédérale d'experts.

Puis le rapport envisage les possibilités de ressources existant pour honorer les versements nécessaires au service des rentes de la variante I, la seule que la commission d'experts du département fédéral de l'économie publique estime satisfaisante (c.-à-d. susceptibles de procurer des rentes suffisantes aux assurés).

Or, pour réaliser un système de rentes correspondant à la variante I, la Confédération devrait verser 127 millions de francs et les cantons 63 millions jusqu'en 1967.

La Confédération devrait ensuite fournir, pendant 10 ans, 180 millions annuellement ; enfin à perpétuité : 220 millions.

Les cantons, pris dans leur ensemble, devraient procurer à l'Assurance-vieillesse et survivants, de 1968 à 1977, 90 millions de francs et ensuite, à perpétuité 110 millions.

---

[1] rapport de la commission d'exp. du Dép. Féd. des Finances p. 8

L'art. 34 quater al. 5 de la Constitution fédérale limite la contribution des pouvoirs publics à la **moitié** des ressources nécessaires à l'assurance: cette prescription serait respectée par l'adoption des chiffres ci-dessus.

On s'est arrêté à une contribution globale des cantons de $^1/_3$ en considération d'une part des avantages résultant pour eux de la création de l'assurance sur le plan fédéral et d'autre part des charges qui menacent de les assaillir au lendemain des hostilités (baisse du rendement des impôts, chômage, construction nécessaire, adaptation des salaires des fonctionnaires au coût de la vie).

Les cantons considèrent que la charge qui leur est imposée est trop lourde et demandent un nouvel examen du plan de financement, d'autant plus qu'ils ne sont pas, le plus souvent, absolument satisfaits de la manière dont le financement est prévu.

L'art. 34 quater autorise la Confédération à affecter les ressources de l'impôt sur les boissons et les tabacs au financement de l'assurance.

Le **produit de l'imposition du tabac** est de 50 à 55 millions de francs annuellement. La commission a fait mettre à l'étude un plan d'augmentation de ces ressources. Moyennant une augmentation de 10 centimes par paquet de cigares, cigarettes ou tabac, il est possible de porter ces ressources à 80 - 85 millions de francs par an.

Le **produit de l'imposition de l'alcool** est beaucoup plus restreint - la consommation de l'alcool est d'ailleurs en baisse - et il n'est pas possible d'escompter plus de 8 - 10 millions de francs de ressources annuelles dans ce domaine.

En ajoutant aux sommes ci-dessus les intérêts du fonds pour l'assurance-vieillesse et survivants, on obtient une somme de 97 millions de francs mise à la disposition de la Confédération pour le financement de l'assurance. Il faut donc, si la variante I doit être adoptée, que la Confédération obtienne d'autres ressources.

La commission a rejeté l'impôt sur la bière et s'est refusée également à prévoir des recettes douanières supplémentaires.

Cette élimination faite, le rapport déclare qu'il ne reste plus que l'impôt sur les successions et, après amortissement de la dette de guerre, l'impôt sur le chiffre d'affaires (ce dernier sera disponible vers 1968).

L'impôt sur les successions fournira 30 millions de francs annuellement et à partir de 1968, l'impôt sur le chiffre d'affaires fournira les sommes supplémentaires nécessaires du fait de la progressivité.

Or, une **nouvelle disposition constitutionnelle est nécessaire** pour l'affectation des deux impôts au financement de l'assurance. Le rapport fournit un projet d'alinéas 6 et 7 de l'article 34 quater de la Constitution rédigé en ce sens.

En ce qui concerne l'**impôt sur les successions,** le rapport signale que „les gouvernements cantonaux ont manifesté jusqu'ici une grande réserve dans son application". Quatre cantons seulement, ceux du Tessin, de Vaud, de Neufchâtel et de Genève prélèvent un impôt supérieur à 4 % sur les successions.

Il est donc possible, selon les experts, d'ajouter à ces charges, un modeste impôt fédéral.

D'autre part, les impôts sur les successions ne diminuent que **certaines fortunes** et une compensation se produit ainsi (par diminution des impôts sur la fortune, sur le revenu, sur la consommation).

Mais, si l'impôt sur les successions est un fait général en Suisse (trois cantons seulement ne le pratiquent pas) il est appliqué très différemment suivant les cantons: la commission d'experts recommande donc la prudence pour ne pas heurter les habitudes cantonales et conseille **non la substitution aux impôts cantonaux d'un impôt fédéral,** mais **la création d'un impôt fédéral sur les masses successorales qui laisserait subsister les impôts cantonaux.**

La fin du rapport s'emploie à justifier le principe même de l'affectation de certains impôts au financement de l'assurance.

Les quelques lignes qui suivent méritent d'être citées parce qu'elles sont significatives de l'évolution des principes dans le sens de la solidarité sociale et de l'abandon de la vieille notion de l'impôt au profit d'une conception plus souple et plus large:

„pour bien apprécier la portée économique et sociale de l'Assurance-vieillesse et survivants, relevons un point qui a donné lieu à des interprétations erronées. On se représente volontiers les impôts comme une somme d'argent que l'État enlève aux contribuables pour l'employer à des fins d'utilité publique. Cette manière de voir était peut-être justifiée au temps où l'État exerçait une fonction purement juridique, mais elle est dépassée aujourd'hui, dans l'État moderne, chargé de veiller au bien-être des individus, **l'impôt est essentiellement un moyen de répartition du revenu.** L'État prend à l'un une part de son revenu pour le donner à d'autres sous forme de subventions, d'assistance aux nécessiteux et de versement aux assurances sociales. A une augmentation de revenu chez l'un correspond une augmentation de revenu chez l'autre: il y a **échange de revenus,** celui du pays dans son ensemble restant le même".

Le rapport des experts financiers conclut à la possibilité de l'introduction de l'Assurance avec l'échelle des rentes de la variante I et en donne trois raisons:

— l'amortissement de la dette de guerre ne s'en trouvera pas entravé.

— les charges fiscales nouvelles ne sont pas intolérables pour la population.

— aucune difficulté sérieuse ne résultera pour les cantons de l'empiètement de la Confédération sur les finances cantonales. Les frais d'assistance des cantons et communes s'en trouveront allégés.

Tous les membres de la commission présidée par M. Klöti ont approuvé le rapport. M. le conseiller national Picot a fait toutefois quelques réserves, notamment sur les avantages et inconvénients de la taxe successorale. „Il a d'autre part, suggéré que soit introduite dans la loi, une clause limitant vis-à-vis de l'assurance-vieillesse et survivants, la responsabilité de la Confédération aux impôts spécialement consacrés à ce but".

* * *

Dans son Message du 24 mai 1946, le Conseil Fédéral rappelle à l'Assemblée Fédérale les raisons qui militent en faveur de l'introduction de l'Assurance-vieillesse et survivants. Il insiste sur le fait que 84,7 % des groupements économiques et politiques et des cantons ont admis le projet des experts du Département de l'Économie publique comme base de discussion, et qu'il constitue donc incontestablement un élément solide pour la création de l'Assurance.

Puis, dans un long exposé très minutieux et fouillé, le Conseil Fédéral étudie, point par point, les conclusions des experts et donne les raisons qui l'amènent le plus souvent à se rallier aux solutions qu'il préconise.

Enfin, le Conseil Fédéral soumet aux Chambres un projet de loi élaboré sur les bases qu'il vient de développer. Le projet de Loi Fédérale sur l'Assurance-vieillesse et survivants comprend 105 articles. Il définit les personnes assurées (ch. 1er), détermine les cotisations (CH. II) et les rentes (CH. III), fixe les règles d'organisation de l'assurance des caisses de compensation (Ch. IV) et des institutions d'assurance (Ch. V). Il envisage la couverture financière (Ch. VI) et prévoit les recours (Ch. VII). Le Ch. VIII contient des dispositions pénales, le Ch. IX des dispositions finales et des dispositions d'exécution.

Il a été indiqué au début de cette dernière partie que le Conseil National a, en session extraordinaire, après onze jours de délibérations, adopté le projet de loi avec quelques modifications de détail, le 30 août dernier, Il sera amené à étudier le projet de couverture financière au cours du mois de septembre. En attendant, il est donc possible de considérer la loi comme „ acceptée sous bénéfice d'inventaire ".

L'opposition au plan de financement est surtout le fait de cantons jaloux de leurs prérogatives, qui ne voient pas volontiers la Confédération intervenir dans le domaine des impôts sur les successions.

Une campagne, qui a trouvé de larges échos dans la presse, s'est d'autre part ouverte contre le système progressif du financement qui, dit-on, grèvera lourdement les citoyens suisses dans les années à venir pour éviter de charger ceux qui doivent, demain, se prononcer pour ou contre le projet.

* * *

Mais le Projet d'Assurance-Vieillesse et Survivants doit, - incontestablement -, apporter au peuple suisse une sécurité plus grande. Au lendemain d'une guerre qui a déchaîné toutes les passions et au cours de laquelle la SUISSE est restée une oasis de paix et de charité, il lui appartient de donner une fois de plus l'exemple d'une œuvre d'entr'aide humaine dans la solidarité nationale. La Confédération helvétique, guidée par des dirigeants avertis, s'engage avec mesure dans la voie d'une plus grande confiance sociale grâce à ce que le rapport de la Commission d'experts appelle „ un lien unissant les générations jeunes aux plus âgées dans la communauté de destinée de tout le peuple suisse ".

FIN DE LA TROISIÈME PARTIE

CONCLUSION

En scellant le Pacte historique, les premiers Confédérés, réunis dans la Prairie du Rütli, prêtèrent ce serment:

— Nous jurons d'être un seul Peuple de Frères.
Ni les dangers, ni les malheurs ne nous
diviseront jamais ! —

A travers les siècles, cette Alliance perpétuelle a été respectée.

La Confédération Helvétique doit sa prospérité et son bonheur à ce sens de la mesure, à cette sagesse, qui pourraient être qualifiés de traditions suisses.

Ses dirigeants ont le rare mérite de penser toujours en fonction de la Communauté, mais sans jamais consentir à sacrifier les droits essentiels de chacun.

Ils n'hésitent pas à entreprendre les réformes que le Peuple attend d'eux - voir à provoquer celles qui leur semblent souhaitables. Mais ils le font sans précipitation, avec beaucoup de méthode et de conscience.

Le meilleur gage de succès pour les efforts déployés actuellement en vue de faire progresser les Assurances Sociales Suisses par la réalisation de cette grande œuvre de „libération du besoin" ne réside-t-il pas dans cet esprit de synthèse harmonieuse qui pousse l'un de ses artisans les plus avertis, M. le Président A Saxer, à lui fixer cet objectif:

„UNIR LE MAXIMUM DE JUSTICE INDIVIDUELLE

AVEC LE MAXIMUM D'EQUITE SOCIALE".

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

OUVRAGES

Pierre Clerget - La Suisse au XX^{ème} Siècle - Lib. Colin

Charles Gilliard — Histoire de la Suisse — Presse Universitaire de France

La Suisse Économique et Sociale — Tomes I et II

Verhandlungen des schweizerischen Juristenvereins
Questions juridiques en matière d'Assurance militaire

Die Sozialpolitik des Bundes — Heft 8 der Schriftenreihe des Aufklärungsdienstes der Eidgenössischen Zentralstelle für Kriegswirtschaft.

Publications officielles

Rapport du Conseil Fédéral à l'Assemblée Fédérale sur la demande d'initiative pour la Famille (10 octobre 1944)

Rapport de la Commission fédérale d'Experts pour l'introduction de l'assurance-vieillesse et survivants (16 mars 1946)

Rapport de la Commission d'Experts du Département Fédéral des Finances et des Douanes sur le Financement de l'Assurance-Vieillesse et Survivants (26 mars 1945)

Message du Conseil Fédéral à l'Assemblée Fédérale relatif à un projet de loi sur l'Assurance-vieillesse et survivants (24 mai 1946).

Les différents **textes de lois** et **les travaux préparatoires**

La **Presse Suisse** - En particulier : le Journal de Genève
la Gazette de Lausanne
la Vie Économique
die „ Basler Nachrichten "
die „ Weltwoche "
die „ National Zeitung " de Bâle

Le bulletin sténographique officiel de l'Assemblée Fédérale (Conseil National, session extraordinaire d'août 1946).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION . . . . . p. 7

Plan Général . . . . . p. 9

Plan de la 1ère Partie . . . . . p. 11

PREMIÈRE PARTIE:

LA LÉGISLATION FÉDÉRALE SUISSE SUR L'ASSURANCE EN CAS DE MALADIE ET EN CAS D'ACCIDENTS . . . . . p. 15

Titre Ier : L'Assurance-Maladie . . . . . p. 13

Préambule: Principes dont se sont inspirés les législateurs de 1911 en ce qui concerne l'Assurance-Maladie . p. 17

Section Ière : Dispositions de la loi de 1911 dans le domaine de l'Assurance-Maladie stricto sensu . . . . . p. 18

Section IIème : L'Assurance des accouchées . . . . . p. 41

Section IIIème: L'Assurance Tuberculose . . . . . p. 42

Le chemin parcouru . . . . . p. 49

Titre IIème: L'Assurance-Accidents . . . . . p. 52

Préambule: Principes dont s'est inspiré le législateur de 1911 en ce qui concerne l'Assurance-Accidents . . . p. 52

Etude des dispositions de la loi concernant l'Assur.-Accid. . p. 53

Réalisations . . . . . p. 78

L'Office Fédéral des Assurances Sociales . . . . . p. 78

Plan de la Deuxième Partie . . . . . p. 81

DEUXIÈME PARTIE:

LA LÉGISLATION FÉDÉRALE SUISSE SUR L'ASSURANCE-CHOMAGE ET SUR L'ASSURANCE-MILITAIRE . . . . . p. 81

Titre Ier : L'Assurance-Chômage . . . . . p. 82

L'Assurance-Chômage avant l'arrêté du 14-7-1942 . . . . . p. 82

(Suite page II)

TABLE DES MATIÈRES *(Suite et fin)*

L'Assurance - Chômage organisée par l'arrêté du 14-7-42 . . p. 89

Le chemin parcouru . . . . . p. 127

Titre II[ème]: L'Assurance - Militaire . . . . . p. 129

Plan de la III[ème] Partie . . . . . p. 139

TROISIÈME PARTIE: L'ASSURANCE VIEILLESSE ET SURVIVANTS . . . . . p. 140

Préambule : Les origines de l'Assurance Vieillesse et survivants . . . . . p. 140

Chapitre I[er]: Versement provisoire de rentes aux vieillards et survivants . . . . . p. 142

Chapitre II[ème]: Le Projet d'Assurance-Vieillesse et survivants actuellement à l'étude . . . . . p. 144

CONCLUSION . . . . . p. 169

Bibliographie sommaire . . . . . p. 170

Imprimerie Foltz Jeannin — MULHOUSE — Septembre 1950

Dépôt légal 4[ème] trimestre 1950 — N° 1